

Université de Montréal

**Sexualité et parentalité chez les adolescents haïtiens
infectés au VIH par transmission verticale ou sexuelle:
quelles normes, quelles valeurs et quelles pratiques ?**

Par

Ascencio Junior Maxi

Programme interdisciplinaire de Doctorat en sciences humaines appliquées

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en sciences humaines appliquées

Juillet, 2017

© Ascencio Junior Maxi, 2017

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

**Sexualité et parentalité chez les adolescents haïtiens infectés au VIH par
transmission verticale ou sexuelle: quelles normes, quelles valeurs et quelles pratiques ?**

Par

Ascencio Junior Maxi

Composition du jury

Bibeau Gilles, Président-rapporteur

Fortin Sylvie, Directrice de la thèse, membre

Lemay Violaine, Codirectrice de la thèse, membre

Bouffard Chantal, Examinatrice externe

Hatem Marie, Membre

Minn Pierre, Représentant du Doyen

Résumé

Le SIDA a été au cours de la première décennie de la pandémie une maladie létale. À compter de 1996, la disponibilité des antirétroviraux (ARV) a fait passer l'infection au VIH de maladie mortelle à maladie chronique. Ce progrès des sciences biomédicales a eu et continue d'avoir des effets sur l'espérance de vie des personnes touchées, notamment des enfants infectés par transmission verticale. Il a des impacts positifs sur l'état de santé des jeunes nouvellement infectés par transmission sexuelle. Ainsi, les enfants nés de mère séropositive peuvent vivre en santé et atteindre l'âge de l'adolescence. Ces jeunes infectés par ces divers modes de transmission forment un groupe particulier qui attire l'intérêt des chercheurs, des soignants et des parents. Sur le plan théorique, l'adolescence se caractérise par l'intériorisation des normes et des valeurs familiales. Elle se caractérise par la construction de son identité et la socialisation avec les pairs. Cette période est marquée en outre par une recherche d'autonomie vis-à-vis des parents. Elle représente aussi un moment important dans l'expérimentation des premières relations amoureuses et sexuelles. Fort de ces arguments, notre question portait sur les normes et les valeurs véhiculées par le réseau relationnel des jeunes de ce groupe particulier. Comment ces normes et valeurs influencent-elles leur comportement sexuel? Et comment perçoivent-ils la parentalité ?

La méthode qualitative a été adoptée comme stratégie de recherche. Cette thèse s'est inspirée de l'interactionnisme symbolique et aussi de la phénoménologie scientifique proposée par Giorgi (1997). Des entrevues semi-dirigées ont été menées pour la collecte des données et elles ont été enregistrées à l'aide d'un appareil audio. Trente adolescents infectés au VIH et âgés de 15 à 20 ans ont participé à cette étude en Haïti. Notre plan d'analyse a suivi les grandes étapes d'analyse en méthode qualitative décrites par Giorgi (1997).

Des points saillants émergent des résultats de cette thèse. Les normes et les valeurs provenant du milieu familial se révèlent sans grande influence, car les jeunes entretiennent des relations amoureuses et amicales malgré l'interdiction des parents. Ils pratiquent la sexualité, et n'utilisent le condom que de façon très irrégulière. Par contre, la norme du secret liée à l'infection au VIH est strictement respectée. Dans les interactions avec les soignants, la

valorisation du port du condom et l'observance thérapeutique sont deux éléments qui ressortent. L'observance thérapeutique est respectée à la lettre alors que le port du condom tombe à plat au profit des valeurs véhiculées par leurs pairs. Ces derniers valorisent d'ailleurs l'amour et la sexualité. Ils sont des conseillers privilégiés et ils jouent un rôle aussi important que les parents et les soignants dans la transmission des normes et des valeurs. Cependant, pour ce qui est de l'infection au VIH, la norme du secret prédomine. Ces résultats révèlent une perception de la parentalité empreinte de peur. Les filles bien qu'elles désirent devenir mères dans le futur se montrent conscientes des dangers d'une maternité précoce et des conséquences qui y sont attachées. Les garçons quant à eux se questionnent sur leur potentiel de paternité. Finalement, certaines recommandations sont proposées afin de mieux orienter les stratégies d'intervention et de prévention.

Mots-clés : adolescence, VIH/SIDA, transmission verticale, Haïti, normes, valeurs, sexualité, ARV, parentalité, transmission sexuelle.

Abstract

The stigma of HIV had been a virtual death sentence for a long period of time. It is not until the year of 1996 that the ARV medicine became available which changed the fatal disease into a chronic disease. This biochemical advance continues to improve the life expectancy of the individuals infected, particularly children infected by vertical transmission. Subsequently, this progress has greatly improved the health and quality of life of the victims. However, the fear that continues to emerge among parents and researchers is to be noted. Despite the presence of the disease, children, once reaching adolescent age, have natural needs and curiosity to experience sexual interactions, and thus neglect the use of condom. The culture of secrecy transmitted by parents in regard to the correlation with being infected by HIV needs some attention. This argument stresses the norms and values by which this particular group of adolescents are influenced, and their perception relating to parenting.

The qualitative method has been used as a research strategy. This method was inspired by the phenomenology and the interactionism symbolic approach. The researchers conducted a semi-directed interview using an audio device; thirty adolescent's ages 15 and 20 infected by HIV were interviewed. The analytic view follows the steps of the qualitative method described by Giorgi (1997).

The rationale of this thesis is, despite the norms and values transmitted by parents, adolescents still engage in sexual activities, rarely using condoms. However, the norm of secrecy associated with HIV disease was never strayed. During interactions with those adolescents, medical providers have noted a strict observance in the medical regiments; however the regular use of condom is neglected in conformity to the values of their peers. Those peers play an important role as well as the parents in the transmission of norms and values. Those adolescents clearly place more emphasis on experiencing love and sexual interactions than respecting the norms and values transmitted by parents. If we compare male and female, the girls worried about the danger of becoming pregnant and the consequences attached to it. The boys are more concerned about the responsibilities of being a father. This

view associated with the disease is driven by fear. Furthermore, some recommendations have been provided in the orientation of intervention, and prevention of the HIV disease.

Keywords : adolescence, HIV/AIDS, vertical transmission, Haiti, norms, values, sexuality, ARV, parenting, sexual transmission.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract.....	v
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xiii
Liste des sigles	xiv
Remerciements	xv
Introduction.....	1
PARTIE I : DESCRIPTION DE LA RECHERCHE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	5
Chapitre 1 - Particularités du contexte haïtien : problématique de la thèse.....	6
a) Le VIH dans les Caraïbes	6
b) Haïti : profil socio-économique et culturel	7
c) L'adolescent haïtien dans le contexte du VIH	11
Question de recherche.....	12
Objectifs de la recherche.....	12
Chapitre 2 - L'adolescence dans la littérature : thèmes utiles à la problématique.....	14
Section 1. Notions : perspectives disciplinaires et consensus interdisciplinaires.....	15
a) Variations : psychologie vs sociologie	15
b) Consensus interdisciplinaire sur l'adolescence	18
1. Turbulence dans la transmission des normes et des valeurs familiales	18
2. Tension entre attachement familial et désir d'autonomie	22
3. Construction identitaire.....	23
4. Socialisation par les pairs.....	25
5. Premières relations amoureuses et sexuelles	27
Section 2. Variations des pratiques amoureuses et sexuelles des adolescents: recension des écrits	29
a) Revue des principales études recensées.....	30
Section 3. VIH-SIDA : Maladie mortelle, maladie chronique et nouveau risque de parentalité précoce	41
a) Nouveau risque de parentalité à l'adolescence	43
Section 4. Rôle socialisateur des experts en santé.....	44

Section 5. Théorie et modèle de l'adolescence privilégiés par la thèse.....	45
a) La théorie psychosociale d'Éric Erikson	45
b) Le modèle des statuts d'identité de James Marcia.....	48
c) Définition des termes du modèle	49
Synthèse du chapitre deux	50
Chapitre 3 - Méthodologie.....	51
Section 1. Une sociologie qualitative d'inspiration phénoménologique et interactionniste.	51
a) Rappels : question centrale et objectifs	51
b) Phénoménologie scientifique d'Amedeo Giorgi	52
c) L'interactionnisme symbolique	53
d) Forces et limites de l'étude	55
Section 2. Réalisations des entretiens.....	55
a) Le centre Gheskio comme principale source d'accès au terrain.....	55
b) Population à l'étude : des adolescents victimes d'un des deux types de contamination	59
c) Procédure de recrutement	59
d) Collecte et plan d'analyse des données	61
e) Considérations éthiques et retombées de l'étude.....	64
PARTIE II : PREMIÈRES OBSERVATIONS : RÉSEAU RELATIONNEL ET UNIVERS SEXUEL.....	68
Chapitre 4 - L'adolescent décrit ses interactions	69
Section 1. La famille.....	70
a) Pluralité des types de familles rencontrées	70
1. Monoparental (avec sa mère).....	72
2. Monoparental (avec son père).....	76
3. En compagnie de son père, vivre en famille reconstituée.....	77
4. La famille élargie, aussi une source de soutien pour les adolescents	78
5. Une tutrice naturelle ou désignée : une tante ou une amie des parents.....	80
b) Pratiques communicationnelles en famille au sujet du statut sérologique	83
1. Au sujet du statut sérologique.....	84
2. Messages destinés à éduquer et protéger	94
Section 2. Interaction perçue avec les soignants	102
a) Comme des membres de la famille.....	103
b) Source d'assistance-conseil	104
Section 3. Les interactions avec les pairs	114
a) Le secret ... encore!	114

b) Fonctions des communications amicales au sujet de la sexualité.....	120
Chapitre 5 - L'adolescent raconte son univers sexuel	131
Section 1. Réactions aux messages éducatifs genrés.....	131
a) Garçons : se protéger ou s'abstenir.....	131
b) Filles : se respecter, attendre sa majorité ou se protéger	133
Section 2. Relations amoureuses et pratiques.....	137
a) Refus de l'engagement et relations platoniques	138
b) Les premières fois.....	146
1. L'amour.....	146
2. Rapport sexuel	149
c) Les rapports subséquents	157
d) Le rapport en tant que travailleuse de sexe.....	163
Section 3. Statut sérologique et potentiel reproducteur	165
a) Rapport à la procréation.....	165
1. Désir d'enfant et incertitude de pouvoir procréer	166
2. Peur de la grossesse comme obstacle aux études.....	168
b) Rapport à la parentalité.....	169
1. Refus catégorique en raison du statut	169
2. Être déjà mère : difficultés accrues, mais joie tout de même.....	170
3. Devoirs attribués aux parents.....	172
4. Penser à long terme et planifier.....	172
5. Avoir des moyens économiques de prendre en charge.....	173
6. Protéger et donner une éducation adéquate.....	176
7. Donner de l'amour et de l'affection.....	178
Synthèse de la partie II.....	180
PARTIE III : DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS : DÉTERMINANTS NORMATIFS D'UNE SEXUALITÉ ADOLESCENTE SÉROPOSITIVE ET RECOMMANDATIONS	183
Chapitre 6 - L'influence des normes et valeurs du réseau relationnel sur le comportement sexuel et sur les conceptions de la parentalité	184
Section 1. Jeanne : un cas emblématique pour illustrer la dimension tragique du terrain..	184
Section 2. Normes et valeurs observées au sein du réseau relationnel : inventaire.....	188
a) La famille valorise avant tout le bien de l'enfant à travers diverses protections.....	189
1. Protéger contre le stigmate social	189
2. Contre la maternité précoce	190
3. Contre la maladie (par l'observance thérapeutique)	191
4. Contre le chômage et la pauvreté.....	192
5. Contre l'influence potentielle négative des pairs.....	193

6. Contre la lourdeur du secret qu'on ne peut partager.....	194
Constat Paradoxal sur les Normes et Valeurs de la Famille	195
b) Les soignants valorisent.....	197
1. L'observance thérapeutique	198
2. Le port du préservatif (la non-propagation de l'infection)	199
3. La temporisation	199
c) Les pairs valorisent	200
1. La défloraison comme throphée masculin	201
2. La virginité comme vertu féminine.....	202
3. La sexualité restreinte au cadre de l'engagement	203
4. Les pairs valorisent la sexualité comme l'expression d'un engagement	204
Section 3. Impact sur la sexualité adolescente et sur son rapport à la parentalité : quelles normes sont les plus déterminantes?	205
a) Le secret et l'observance thérapeutique : deux normes régulatrices des comportements.....	205
b) Les discours normatifs sans effets sur les pratiques à risque : stratégies éducatives et d'intervention contrées par la norme culturelle	208
1. L'idéal précaire des études non interrompues face aux aléas de la pauvreté et des grossesses accidentelles	208
2. Les pressions infructueuses au mariage et la temporisation	209
3. Dureté et illusions des pressions vers l'isolement des pairs et le repli familial... ..	210
4. L'illusion tragique d'une protection par le préservatif : le simple effet d'une norme culturelle	210
c) Impact sur la parentalité.....	214
Chapitre 7 - Intervenir en contexte haïtien : difficultés intenses, sentiment d'impuissance et propositions d'action	219
Section 1. Difficultés, fatalisme	219
Section 2. Devoirs de lucidité scientifique et de créativité: recommandations	222
Pistes d'intervention :	223
a) Première proposition : Établir un plan d'intervention individualisé en accord avec l'adolescent.	223
b) Deuxième proposition : Des sessions d'éducation sexuelle déculpabilisant la masturbation	224
c) Troisième proposition : Promouvoir un réseau de mise en relation et d'entraide.	225
d) Quatrième proposition : Mener des campagnes d'éducation publique pour dissiper les croyances problématiques: virginité séropositive et échecs de la prévention par le condom.....	226
e) Cinquième proposition : Organiser des séances de réflexion et de débat autour des difficultés et du sort de l'adolescent séropositif	227

Conclusion	229
Bibliographie	234
Annexe I - Approbation comités d'éthique : Haïti et Université de Montréal	A-i
Annexe II - Information et consentement versions créole et française	A-ii
Annexe III - Fiche signalétique et guide d'entretien	A-xii

Liste des tableaux

Tableau I	Les stades du développement psychosocial selon Erickson (1968).....	46
Tableau II	Modèle des statuts identitaires selon Marcia (1980).....	49
Tableau III	Caractéristiques des adolescents interviewés.....	60
Tableau IV	Types de famille.....	71
Tableau V	Expériences amoureuses des garçons.....	144
Tableau VI	Expériences amoureuses des filles.....	145
Tableau VII	Expériences sexuelles des filles et des garçons.....	156

Liste des figures

Figure 1	Procédure de prise en charge des adolescents (es) à la clinique de Gheskio	58
Figure 2	Prénoms fictifs et caractéristiques spécifiques des répondants (N=30)	62

Liste des sigles

VIH	Virus Immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
ARV	Antirétroviral
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études de Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population

Remerciements

La réalisation de cette thèse a impliqué la collaboration directe ou indirecte de nombreuses personnes. Je pense en premier lieu à ma famille, ma femme et mes enfants qui m'ont encouragé à maintenir le cap lors des moments difficiles. J'ai été bien encadré tout le long de mon cheminement par deux professeures extraordinaires qui ont suivi mon parcours académique et ont accepté de diriger ma thèse. J'ai donc des pensées de gratitude pour mes directrices (Sylvie Fortin et Violaine Lemay). Je remercie les dirigeants des Centres Gheskio, notamment le Dr. Jean William Pape et le Dr. Rose Irène Verdier qui ont accepté sans hésitation ma demande de mener mon enquête de terrain sur les adolescents dans leur institution. Mes remerciements vont à l'équipe de la clinique pour adolescents, notamment Miss Nahomie, l'infirmière en chef de la clinique, les pairs-éducateurs, les agents de terrain pour leur franche collaboration. Aux adolescents qui ont participé à cette thèse et aux parents des adolescents qui avaient donné leur consentement, je les remercie infiniment pour leur contribution. Je remercie Lourdemie Émile qui m'a assisté lors des entrevues avec les jeunes. Mes remerciements vont aussi aux employées du service des Relations Publiques de la Secrétairerie d'État à l'Alphabétisation, précisément Marie-Carmelle Louisia, Paulette Espérance et Marie-Alice Durinvile qui ont participé à la saisie informatique des verbatim. Mes sincères gratitude vont à Sylvie Paul qui a consacré des heures importantes à la mise en forme du document final.

Introduction

L'alerte que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de VIH/SIDA a débuté au cours des années 80. Dès les premiers moments de l'éclosion de l'infection au VIH, Haïti a été sous les feux des projecteurs avec la première appellation attribuée à cette pathologie nouvelle et inconnue des sciences biomédicales : 4H (Héroïnomane, Hémophile, Homosexuel, Haïtien) (Pauyo, 2012, p.84). Les homosexuels haïtiens vivant aux États-Unis ont été stigmatisés comme étant des vecteurs de transmission de cette infection sexuellement transmise (MSPP, 2011; MSPP, 2000). Le comportement sexuel des adultes, spécialement celui des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a été mis en cause dans la propagation de l'infection. La situation des femmes enceintes diagnostiquées séropositives, notamment celle des Haïtiennes, n'a pas tardé à préoccuper les experts en santé. Des programmes de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant ont été élaborés afin de prévenir la transmission verticale faute de thérapies disponibles. Des enfants nés de mère séropositive sont de plus en plus identifiés et soignés dans les cliniques pédiatriques. D'autres sont mort-nés et certains n'atteignent pas un âge avancé faute de traitement. Avec la disponibilité et l'accès à la thérapie antirétrovirale, l'espoir renaît au sein des familles et de la population en général. Les enfants séropositifs peuvent dès lors vivre en relative bonne santé et atteindre la période de l'adolescence. Cette période se caractérise entre autres par l'initiation aux activités sexuelles. Ainsi, de nos jours, la sexualité des jeunes infectés au VIH, tant par transmission verticale que par voie sexuelle, devient un sujet d'intérêt surtout pour les sociétés dans lesquelles la prévalence du VIH est plus élevée. En Haïti spécialement, très peu d'études se sont consacrées à la sexualité des jeunes infectés au VIH.

Le projet d'étudier le comportement sexuel des adolescents remonte à nos pratiques comme intervenant auprès des personnes infectées ou affectées par le VIH. Cette idée a ensuite continué de germer pendant notre scolarité de doctorat en sciences humaines appliquées et s'inspire des normes et valeurs influençant la sexualité des adolescents infectés au VIH, de leur perception par rapport à la parentalité. Cette thèse se divise en trois parties. La première partie fait la description de la recherche en présentant son cadre théorique et méthodologique et possède trois chapitres.

Le premier chapitre est consacré aux particularités du contexte haïtien et de la problématique de la thèse. Il fait une brève histoire de la pandémie du Sida, synthétisant plus de trente années de lutte menée à travers des sessions de sensibilisation, de prévention et des programmes de prise en charge des personnes exposées ou atteintes par l'infection. Il contextualise et problématise le phénomène en présentant la situation du VIH dans les Caraïbes. La transmission du VIH se fait dans cette région à travers des relations hétérosexuelles. Les femmes constituent un groupe plus vulnérable face au risque d'infection. Ce chapitre dresse aussi le profil socioéconomique et culturel d'Haïti. La situation socioéconomique du pays est marquée par une pauvreté chronique. Cette situation est aggravée par l'instabilité politique et par l'avènement du tremblement de terre dévastateur du 12 janvier 2010. Depuis, la population n'a presque plus d'accès à l'eau potable, à l'électricité, à des services de santé adéquats, à l'éducation, etc¹. C'est dans ce contexte de précarité croissante que vivent maintenant des milliers d'adolescents. On comprend alors que ceux qui sont, en plus, infectés par le VIH, vivent un surcroît de difficulté. Le chapitre se termine par la présentation de la question de recherche et des objectifs.

Le deuxième chapitre comprend une recension des écrits et discute des thèmes utiles à la problématique. Nous y traitons en premier lieu des perspectives disciplinaires sur l'adolescence, mais aussi des points de consensus et de variation interdisciplinaires, de la psychologie et de la sociologie en passant par l'anthropologie. Cinq points de consensus sur la période de l'adolescence sont identifiés. Cette période est marquée par une turbulence dans la transmission des normes et valeurs familiales, par une tension entre attachement familial et désir d'autonomie, par la construction identitaire, par la socialisation par les pairs, et par les premières relations amoureuses et sexuelles. En deuxième lieu, nous explorons le thème des variables culturelles, traitant de travaux portant sur la sexualité des jeunes, travaux empiriques

¹Brutus, É., et Chalmers, C. 2010. Construire ou reconstruire Haïti? Acteurs, enjeux et représentations. Dans : Refonder Haïti? Sous la direction de Buteau, P. ; Saint-Éloi, R. et Trouillot, L. Collection Essai. Éditeur Mémoire d'encrier. 399 p.

Pharel, K. 2010. Haïti : d'un État failli à un État émergent? Dans : Refonder Haïti? Sous la direction de Buteau, P. ; Saint-Éloi, R., et Trouillot, L. Collection Essai. Éditeur Mémoire d'encrier. 399 p.

Pierre, S. 2010. Construire une Haïti nouvelle. Dans : Construction d'une Haïti nouvelle. Vision et contribution du GRAHN (Groupe de réflexion et d'action pour une Haïti nouvelle. Samuel Pierre, éditeur scientifique. Presses internationales Polytechniques. 617 p.

menés dans différents contextes (en Amérique du Nord, en Europe et dans certains pays d'Afrique ou des Caraïbes) et révélant, notamment, l'importance assez invariable des contacts avec les pairs dans la construction des pratiques sociales adolescentes. Nous y discutons aussi, dans les sections qui suivent : du VIH dans ses relations avec la parentalité précoce, observant l'impact du nouveau statut du sida, des effets de l'arrivée de la trithérapie, passant de maladie mortelle à chronique et permettant maintenant à l'adolescent de survivre jusqu'à l'âge adulte tout en créant de nouveaux risques de parentalité adolescente. Nous traitons aussi du rôle socialisateur attribué aux experts en santé par la littérature. Ce deuxième chapitre se termine par la présentation de la théorie et du modèle d'adolescence privilégiés par cette thèse.

Le troisième chapitre, consacré à la méthodologie, se divise en deux. La première moitié présentera la sociologie qualitative qui en constitue la base (ses inspirations, ses forces et limites, etc.) et la deuxième moitié décrira la réalisation des entretiens (l'institution qui en fut la source principale, la population à l'étude, la procédure de recrutement, considérations éthiques, etc.).

La deuxième partie de la thèse présente de manière descriptive les premières observations, notamment au sujet du réseau relationnel et de l'univers sexuel des adolescents. Elle est constituée de deux chapitres. Le quatrième chapitre s'intéresse aux interactions avec la famille (section 1), avec les soignants (section 2) et avec les pairs (section 3) telles qu'elles sont décrites par les adolescents. Il présente les types relationnels, les pratiques communicationnelles propres à chaque interaction et les thèmes privilégiés.

De son côté, le cinquième chapitre décrit l'univers sexuel de l'adolescent. On y découvre les messages genrés qu'on dirige vers eux et les réactions qu'ils engendrent (section 1), les modalités de relations et de pratiques chez les jeunes partenaires (section 2) et, enfin, on y investigue les effets du statut sérologique sur le potentiel reproducteur des jeunes (section 3): quel(s) rapport(s) à la parentalité cette situation de santé particulière engendre-t-elle sur le risque de procréation inhérent aux pratiques sexuelles?

La dernière partie présente d'une façon plus analytique les résultats de la thèse et comporte deux chapitres. Le sixième chapitre dévoile l'influence, souvent inattendue et

paradoxale, qu'ont les normes et les valeurs du milieu relationnel sur le comportement sexuel et sur les conceptions de la parentalité. Cette présentation de résultats débute avec l'histoire particulière de Jeanne qui, de par son côté tragique et émouvant, marqué par l'accumulation de malheurs et de difficultés, donne une bonne idée générale du contexte quasi infernal dans lequel se trouvent tous ces jeunes rencontrés (section 1). Le chapitre présente ensuite les normes et valeurs telles que véhiculées par chaque milieu relationnel —famille, soignants, pairs (section 2). Il se termine par une analyse et une discussion du rôle étonnant que jouent ces normes et valeurs sur les pratiques sexuelles et sur le rapport à la parentalité. Enfin, le dernier chapitre de la thèse propose quelques pistes destinées à l'intervention auprès de tels jeunes en contexte haïtien. L'auteur de la thèse, ici envisagé au terme d'une longue expérience professionnelle du milieu, y ajoute et mobilise au surplus ses acquis personnels.

PARTIE I

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE :

CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre 1

Particularités du contexte haïtien : problématique de la thèse

Plus de trente ans après les premières éclosions du VIH à travers le monde, ce virus ne cesse de circuler au sein des populations. Cette infection n'a pas tardé à se transformer en pandémie et a continué à semer le deuil dans beaucoup de familles, faute de traitement disponible dans les premiers temps. La société haïtienne n'est pas exempte de cette pandémie. Grâce au progrès scientifique, la thérapie antirétrovirale (ARV) devient disponible à partir de 1996 à une échelle restreinte certes, mais a quand même provoqué un regain d'espoir pour les personnes atteintes, pour les familles et plus généralement, pour la population locale. L'arrivée des ARV a fait passer l'infection au stade de maladie chronique, marquant ainsi un tournant majeur pour la survie des personnes atteintes. Cette thérapie a permis aux femmes enceintes de survivre, de mettre au monde leurs enfants et de les voir grandir et vivre plus longtemps. Elle a également permis aux enfants nés avec le VIH de vivre en santé et d'atteindre, voire même de traverser la période de l'adolescence. Cette dernière est considérée comme une période se caractérisant par des changements biologiques, sexuels, psychologiques et sociaux. Ces transformations font de l'adolescence un champ riche d'intérêts pour de nombreux chercheurs. Certains de ces aspects seraient le développement de la sexualité, l'évolution des désirs sexuels et les pratiques auxquelles ces désirs donnent lieu. Les pratiques sexuelles à l'adolescence sont associées à un taux élevé de grossesses précoces et aux maladies sexuellement transmissibles (Felton et Bartoces, 2002). L'avènement du VIH et la disponibilité des ARV font émerger un intérêt particulier pour la réalisation des études dans ce domaine, spécialement auprès des adolescents.

a) Le VIH dans les Caraïbes

Les Caraïbes occupent la deuxième place mondiale en termes de nombre de personnes infectées par le VIH après l'Afrique Subsaharienne. Le taux de prévalence dans cette région est de 0,9 % chez les adultes et un nombre de 200 000 adultes et enfants infectés

(ONUSIDA, 2011). Les Caraïbes sont constituées de vingt-neuf pays et territoires avec une population estimée à 39 millions d'habitants environ (ONUSIDA et CARICOM, 2005). Dans cette région l'infection au VIH se transmet davantage par des relations hétérosexuelles (ONUSIDA, 2007; Micollier, 2006). Les rapports homosexuels sont fortement stigmatisés et toute prévention visant ce groupe devient quasi impossible. Les rapports hétérosexuels sont donc largement en cause dans la progression du VIH, faisant ainsi des femmes un groupe plus vulnérable. Une des caractéristiques de la vulnérabilité des jeunes filles en particulier consiste à fréquenter des partenaires sexuels plus âgés, pour des raisons le plus souvent d'ordre économique. Les femmes représentent d'ailleurs dans les Caraïbes un peu plus de la moitié des individus vivant avec l'infection au VIH (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2006). La situation socio-économique de la zone étant déjà précaire, cette pandémie évolue dans un contexte de pauvreté et de chômage. La précarité économique facilite, entre autres, la propagation de l'infection et rend plus complexes les campagnes de lutte contre le VIH (ONUSIDA, 2008). On observe dans de nombreux pays des Caraïbes un écart assez important entre la connaissance du VIH, la prise de conscience de l'existence de la maladie et un comportement sécuritaire. En dépit du fait qu'elle connaît les modes de protection contre le VIH, une bonne majorité de la population continue d'avoir des rapports sexuels non protégés (Ibid).

b) Haïti : profil socio-économique et culturel

Parmi les nations des Caraïbes, Haïti demeure le pays où la prévalence du VIH est la plus élevée (ONUSIDA-Caraïbe, 2007 ; MSPP-Haïti, 2008). Les enquêtes sérosentinelles affichent un taux de prévalence de 2,7 % parmi les femmes enceintes et de 2,2 % chez les adultes en général. Par ailleurs, on estimait à 127,000 le nombre de personnes vivant avec le VIH avant le tremblement de terre du 12 janvier 2010 (MSPP, 2011 ; ONUSIDA, 2010; UNGASS-Haïti, 2010).

La République d'Haïti partage l'île d'Hispaniola avec la République dominicaine. Haïti a une superficie de 27,750 Km² et on y dénombrait en 2011 plus de 9 millions d'habitants

(Pauyo, 2012). On y parle surtout le créole² et le français. La culture haïtienne trouve ses fondements dans des tribus africaines d'où venaient les anciens esclaves. Les croyances populaires se sont structurées pour constituer une vision du monde, une religion en syncrétisme avec la religion catholique. Cette religion forme la tradition vaudou qui structure les attitudes et le comportement de nombreux Haïtiens. Bien que certains d'entre eux se considèrent comme adeptes du christianisme, une majorité pratique le vaudou (Bijoux, 1990). En cela, la culture haïtienne est très créolisée, un héritage à la fois autochtone, européen et africain (Perreault et Bibeau, 2003).

Les femmes représentent un peu plus de la moitié de la population soit 51,5% (UNGASS-Haïti, 2010). Plusieurs événements d'ordres sociopolitiques et naturels ont contribué à la dégradation des conditions de vie de la population haïtienne. Par delà la colonisation française (1625 – 1804) et l'occupation américaine répétée (1915 – 1934), plusieurs facteurs ont eu des effets négatifs sur l'évolution socioéconomique de la société. Citons la période de la dictature de 1957 à 1986, la pandémie du SIDA, la période des instabilités politiques à partir de 1986 et tout récemment le séisme du 12 janvier 2010 (Hurbon, 2014, p. 219 ; Podur, 2012). Le revenu per capita est de loin le plus faible des Caraïbes. La situation sociale est précaire. Une grande partie de la population est analphabète. Beaucoup de gens n'ont pas accès à l'électricité, à l'eau potable et à des soins de santé (PNLS, 2008). Avec ses 210 000 personnes décédées, ses 300 000 blessés et plus d'un million de déplacés, le séisme du 12 janvier a compliqué davantage les efforts déployés dans la lutte contre le SIDA (ONUSIDA, 2010).

La polygamie, pratique non consacrée par la législation, constitue la base de la famille haïtienne. On note cinq types de relation intime au sein de la société « mariée, placée, vivavek, renmen et fiancé »³. Bon nombre de femmes vivent en situation monoparentale et ont la charge

² Le créole, la langue parlée par la majorité du peuple est constituée de différentes langues africaines, de langues européennes, de l'anglais et de langues autochtones, parlées par des Indiens d'Amérique qui vivaient sur l'île avant la colonisation (Bijoux, 1990).

³ Dans le contexte culturel haïtien, ces cinq modes de cohabitation se décrivent ainsi: 1. mariée: l'union d'un homme et d'une femme en présence des autorités civiles ou religieuses. 2. placée: l'union libre d'un homme et d'une femme avec ou sans enfant vivant sous le même toit. 3. vivavek: l'union libre d'un homme et d'une femme

d'élever leurs enfants avec l'aide parfois du père, mais surtout avec le soutien de la grand-mère (Bijoux, 1995 ; Cayemittes et coll., 2001). La mère représente comme on dit en créole, le « potò mitan » ou en français le « poteau central » de la structure familiale. La famille est donc « matrifocale ». Cependant, l'autorité est exercée par le père, c'est lui qui doit répondre aux exigences économiques de la famille, qu'il habite ou non la maison familiale. C'est d'ailleurs ce pouvoir économique des hommes qui rend les femmes et les jeunes filles vulnérables. L'autorité des hommes, qui s'exerce notamment par la pratique du multi partenariat, est souvent une des causes de conflits au sein des couples. Ces conflits peuvent se transformer en violence physique. Les enfants en sont régulièrement des témoins de première ligne. Ces conflits donnent souvent lieu à la séparation du couple, ce qui à son tour, place la femme et les enfants dans une situation économiquement précaire. Aucune structure publique n'est prévue pour venir en aide aux enfants exposés à de telles situations. Aucune politique sociale n'est établie en vue d'aider les personnes vulnérables, en situation de précarité (qu'il s'agisse de pauvreté, de vieillesse, de violence conjugale, de maltraitance des enfants, d'un handicap quelconque) ou dans le cas d'une maladie! La famille, les organisations humanitaires, l'église et les organisations non gouvernementales sont le plus souvent les structures qui interviennent pour aider les personnes dans les moments de détresse. Par exemple, certains enfants et adolescents orphelins du SIDA sont parfois pris en charge par un membre de la famille élargie, par un voisin ou par une organisation humanitaire (Maxi, 2010).

La famille haïtienne est de type traditionnel au sens sociologique du terme. Elle se caractérise par une inégalité des droits entre les sexes et une injustice envers les femmes et les enfants (Piou, 2010). Elle représente une valeur très forte dans la culture sociale et se caractérise aussi par des relations entre des gens qui entretiennent des rapports de réciprocité sans être pour autant parents. En ce sens, le voisin ou la voisine peut être perçu ou considéré comme membre de la famille pourvu que celui-ci ou celle-ci réside dans la même « cour », terme se traduisant en créole par « lakou ». Ainsi, la famille haïtienne a une structure élargie. Du fait de l'urbanisation, cette structure élargie de la famille tend à s'effriter et les familles

avec ou sans enfant 4: renmen: lien amoureux entre un homme et une femme et 5: fiancé: lien amoureux entre un homme et une femme avec promesse de se marier par engagement formel devant leur famille.

nucléaires se dispersent un peu. Les parents exercent une forte autorité sur les enfants. Ils conçoivent la famille comme étant une affaire privée et ne tolèrent pas d'ingérence dans les affaires familiales. Les enfants doivent obéir aveuglément aux injonctions parentales (Bijoux, 1990). Après avoir pris une décision, les parents n'entendent pas faire des compromis avec les enfants. D'ailleurs, la communication parents-enfants est en sens unique. Pour les parents, cette autorité est de « droit naturel ». Agir à l'encontre de ce principe pour les parents serait de renier leurs origines et leurs convictions. Les parents montrent une certaine tolérance envers les enfants en très bas âge. En revanche, dès que l'enfant commence à parler, les parents croient qu'il peut comprendre les normes et deviennent plus rigides à l'égard de celui-ci. Les parents ne sont pas trop bavards quand il s'agit de l'application ou du respect des règles. D'un seul regard, l'enfant doit pouvoir comprendre le message d'interdiction que le parent veut faire passer. La transgression d'une norme par un enfant lui fait encourir une punition corporelle, laquelle est considérée par les parents comme un droit naturel symbolisant leur autorité. Ainsi, la communication avec un enfant après avoir pris une décision punitive à son encontre est considérée par les parents comme un signe de faiblesse et de manque d'autorité (Perreault et Bibeau, 2003 ; Bijoux, 1990).

Dans l'éducation familiale, les parents s'attendent à avoir des enfants parfaits. D'un côté, ils veulent leur autonomie, de l'autre ils cherchent à les maintenir sous leur dépendance et sous leur autorité. Dans la perception des parents, les enfants sont leur « baton vyeyes » [leur bâton de vieillesse] (Perreault et Bibeau, 2003). De plus, ils utilisent une méthode d'éducation axée sur le genre. Par exemple, les garçons et les filles ne reçoivent pas les mêmes types de surveillance ou d'éducation. Les garçons sont plus libres pour des sorties alors que les filles doivent être le plus souvent accompagnées dans leur déplacement. La communication parents-enfants n'est pas ouverte. Certains sujets sont tabous, notamment la sexualité. La communication unilatérale sous forme de menaces des parents, avec surtout les jeunes filles, se fait souvent et presque toujours par le lancement de certains messages éducatifs indirects les notifiant à éviter certaines relations ou certains comportements jugés néfastes par les parents (Maxi, 2010).

Pour ce qui est de la perception de la maladie dans la croyance populaire haïtienne, il en existe deux catégories : les maladies naturelles dites les maladies du Bon-Dieu, les maladies surnaturelles engendrées par les « loas » ou par la sorcellerie. Dans ce contexte, le VIH a été perçu pendant longtemps par la population comme une maladie surnaturelle, un sort jeté par une personne malveillante (Bijoux, 1990 ; Adrien et coll. 1991). Ces attitudes et comportements sont d'ailleurs du nombre des déterminants comportementaux qui agissent négativement sur la propagation de l'infection au sein de la population. D'autres déterminants identifiés sont les partenaires sexuels multiples, les rapports sexuels non protégés, la résistance au changement de comportement, les attitudes sur l'usage de condom, etc. (PNLS, 2008).

c) L'adolescent haïtien dans le contexte du VIH

La population de moins de dix-huit ans est très peu étudiée à Haïti. On ne dispose pas assez d'informations sur ce groupe. Ce dernier est le plus souvent intégré dans la population adulte. Les informations dont on dispose sur cette population proviennent en grande partie des enquêtes menées dans le cadre de la prévention contre les ITSS. Elles proviennent toutes du domaine médical. Les statistiques révèlent que les jeunes âgés de moins de 21 ans représentent la moitié de la population haïtienne. Ils constituent le groupe le plus vulnérable à l'infection au VIH, en dépit du fait que la prévalence de cette pandémie tend à baisser sur le plan national. À cause de la situation économique précaire et de certains tabous culturels, les filles semblent être plus à risque de contracter une infection sexuellement transmissible que les garçons. Ces jeunes actifs sexuellement n'utilisent pas toujours de préservatifs pour se protéger lors de leurs rapports sexuels (ONUSIDA, 2007; MSPP, 2011). Les données sur la prévalence du VIH chez les adolescents haïtiens sont éparpillées. Il est quasi impossible d'avancer avec exactitude des données chiffrées concernant cette population. Cependant, des données datant du début des années 1990 font état d'une prévalence se situant autour de 6 % parmi les jeunes âgés de 14 à 19 ans (Holschneider et coll., 2003). On estime à environ 20,000 le nombre d'enfants de moins de quinze ans infectés par la transmission verticale (mère-enfant) à Haïti (MSPP, 2000 ; Hempstone et coll., 2004). Par ailleurs, près de 109,000 enfants sont orphelins d'un parent ou

des deux. Parmi les jeunes âgés de moins de 18 ans, 54,475 filles et 49,194 garçons sont porteurs de l'infection à VIH (MSPP, 2011).

Vu l'ampleur de l'infection au VIH parmi les adolescents, les centres Gheskio (groupe haïtien d'études de syndrome de kaposi et des infections opportunistes) ont inauguré en 2007 dans la capitale haïtienne l'unique clinique pour adolescents au pays dans le but de prévenir la propagation de l'infection dans cette population. Depuis l'ouverture de cette clinique, près de 50,000 jeunes âgés de 10 à 24 ans ont été dépistés pour le VIH et d'autres infections transmises sexuellement. De ce nombre 1,504 se sont avérés infectés par le VIH. Malgré la propagation de l'infection au VIH dans la population d'adolescents, peu d'études se sont consacrées au comportement sexuel de ces jeunes. La présente étude à vocation interdisciplinaire tente de contribuer à faire avancer les connaissances dans ce domaine.

Question de recherche

Comment les normes et les valeurs véhiculées par la famille, les pairs et les professionnels de la santé influencent-elles le comportement sexuel des adolescents infectés au VIH par transmission verticale ou par voie sexuelle? Et comment ces jeunes perçoivent-ils la parentalité ?

Objectifs de la recherche

Les objectifs de cette recherche visent à :

- Identifier et répertorier les messages normatifs en provenance de la famille, des pairs et des milieux experts dirigés vers les jeunes infectés au VIH.
- Mieux connaître les relations entre ces messages normatifs et les pratiques amoureuses et sexuelles des jeunes infectés du VIH-SIDA.

- Réfléchir aux perspectives des jeunes face à une éventuelle parentalité à partir d'une meilleure connaissance de ces difficultés particulières et de l'impact des normes et valeurs en provenance de son milieu relationnel.
- Et dans une perspective de sciences humaines appliquées (et de pratique professionnelle), tirer de l'ensemble des réponses obtenues des pistes d'action pour une intervention mieux adaptée à la condition particulière d'une adolescence séropositive en contexte haïtien.

Chapitre 2

L'adolescence dans la littérature : thèmes utiles à la problématique

L'adolescence sur le plan historique suscite des contradictions et des débats quant à son existence en tant que période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Le nom de Stanley G. Hall est cité comme celui qui fut le premier à faire une publication scientifique sur l'adolescence (Emmanuelli, 2005 ; Huerre et Le Forum, 2003 ; Taborda-Simões, 2005 ; Galland, 2008). Depuis, les publications sur cette notion ne cessent de se multiplier (Caron, 2003). Force est de constater qu'il existe autant de définitions que d'auteurs sur le terme de l'adolescence. Les nombreuses définitions proposées varient selon le champ disciplinaire de l'auteur et à l'intérieur d'un même champ disciplinaire. Cependant, la définition la plus acceptée auprès des chercheurs et qui est citée dans bon nombre de dictionnaires et de livres spécialisés fait de l'adolescence un moment de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Définition que certains auteurs simplifient pour parler d'un entre-deux dans le cycle de vie (Lesourd, 2004 ; Taborda-Simões, 2005 ; Dolto et coll. 2003 ; Soulière, 2007 ; Parazelli, 2007). L'adolescence est une période difficile à étudier. Cette difficulté réside dans la nature humaine comme l'affirme Morin (2000, p.12) pour qui l'être humain est « à la fois physique, biologique, psychique, culturel, social, historique », mais également à la difficulté par les chercheurs d'introduire une approche interdisciplinaire dans ce domaine. C'est d'ailleurs ce qui amenait Dolto à conseiller qu'

« [...] il est plus intéressant de chercher un consensus en cernant une large mouvance, très ouverte, et en dépassant les controverses et désaccords entre psychologues, sociologues, et endocrinologues-neurologues » Dolto (1988, p.15).

L'adolescence était au début un des domaines de prédilection des psychologues, des médecins et des psychiatres (Galland, 2008 ; Thiercé, 1999 ; Emmanuelli, 2005). Par la suite, les sociologues, les anthropologues, les ethnologues se sont peu à peu intéressés à ce phénomène. Les recherches de l'anthropologue Margaret Mead sur les adolescentes de Samoa en sont un exemple marquant (Mead, 1928). Depuis, de nombreux travaux sociologiques ont fait de l'adolescence leur objet d'étude (Quentel, 2004 ; Emmanuelli, 2005 ; Galland, 2008).

Ces travaux ont permis un enrichissement de connaissances disciplinaires différentes dans un phénomène aussi complexe que l'adolescence.

Section 1. Notions : perspectives disciplinaires et consensus interdisciplinaires

La conjonction des publications sur l'adolescence dans le champ de la psychologie et l'intérêt marqué par les sociologues pour ce sujet ouvrent la voie à de nouvelles approches, de nouvelles perspectives dans la compréhension du phénomène adolescent. Ainsi, deux perspectives disciplinaires divergentes se présentent dans l'étude de l'adolescence : une perspective psychologique et une perspective sociologique.

a) Variations : psychologie vs sociologie

Il existe plusieurs courants de pensée dans le champ de la psychologie de l'adolescent. Cependant, certaines notions traversent tous les courants. C'est le cas pour la notion de crise, qui serait un élément constitutif de l'adolescence et inhérente à cette période de la vie (Thiercé, 1999). Dans cette perspective, l'adolescence est inconcevable sans crise (Emmanuelli, 2005). Cette crise comporte de multiples facettes dont les principales sont d'ordre biologique, psychologique et social. D'ailleurs, c'est en fonction de ces trois dimensions que certains définissent l'adolescence (Thiercé, 1999 ; Beaudet et Bégin, 1986). La notion de puberté, un autre élément de cette perspective désigne selon Mardon (2009)

« L'acquisition de la fonction reproductive et des caractères sexuels secondaires. [Elle] se traduit par l'augmentation de la masse générale du corps, un accroissement de la taille, et l'apparition de la pilosité pubienne et axillaire » (Mardon, 2009 p.109).

Le concept de crise, comme la notion de puberté, serait inhérent à l'adolescence pour les chercheurs de ce courant (Marcelli et Braconnier, 2008). Certains auteurs définissent l'adolescence en fonction d'un de ces concepts. Par exemple, Jeammet et Sarthou-Lajus

(2008) définissent l'adolescence comme une « réponse de la société » par rapport aux transformations physiologiques qui surviennent au début de cette période.

La psychologie avait pendant longtemps le monopole de la question adolescente. Cette période de la vie a été présentée comme une période tumultueuse et tendue. Période où les transformations physiologiques (la puberté) sont conçues en termes de conflit (Emmanuelli, 2005). Pour contester cette thèse des psychologues, l'anthropologue Mead (1928) a fait une étude comparative entre la civilisation américaine et celle des îles Samoa. Elle tentait de répondre aux questions suivantes :

« Les troubles dont souffre notre adolescente sont-ils dus à la nature même de l'adolescence ou à notre civilisation ? L'adolescence, dans des conditions totalement différentes, se présente-t-elle d'une façon également différente ? » (Mead, 1928, p.304).

Cette recherche lui a permis de conclure que :

« La tension, la contrainte sont dans notre civilisation même ; elles ne sont pas la conséquence des transformations physiques que subissent les enfants. Mais elles n'en sont pas moins réelles et inéluctables dans cette Amérique du vingtième siècle » (Mead, 1928, p. 456).

Fort de cette argumentation, l'adolescence est perçue par les sociologues comme une période d'intégration dans le monde social des adultes et aussi comme un groupe social avec des spécificités socioculturelles propres. L'adolescence sera ainsi différente selon les classes sociales, selon les cultures et selon les époques. Elle ne saurait en aucun cas être ni universelle ni homogène, mais relative et hétérogène (Marcelli et Braconnier, 2008 ; Quentel, 2004 ; Lesourd, 2004).

Selon Gallant (2010, p.9), « l'adolescence semble se constituer, sur les plans sociologique et anthropologique, comme un “nouvel âge de la vie” dans nos sociétés contemporaines ». La définition la plus populaire dans ce domaine attribuée à l'adolescence serait une transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cette définition est très critiquée par certains chercheurs, dont Taborda-Simões (2005), en particulier. Dans le champ de la sociologie, la jeunesse devient un concept fondamental et distinct de l'adolescence. Dans cette

thèse, nous adoptons l'affirmation de Thiercé (1999) dans laquelle elle soutient que dans le langage scientifique les deux concepts (adolescence et jeunesse) sont synonymes. Ils caractérisent tous deux la période se situant entre l'enfance et le statut adulte. Dans cette lignée, quatre bornes sont proposées par Galland (1996) pour caractériser les âges de la vie : la fin des études – le début de la vie professionnelle – le départ de chez les parents – la formation d'un couple. En fonction de ces événements sociaux, la transition standard vers le statut d'adulte se fait en trois séquences : la première séquence va de la fin des études de base au départ de chez les parents. Elle correspond à la phase de post-adolescence. La deuxième séquence va du départ du toit familial à la création d'un couple. C'est la phase de la jeunesse. La dernière séquence quant à elle va de la création de couple à la naissance d'un enfant. Elle correspond à la phase pré-adulte. Il faut noter que c'est le rôle parental qui, dans ce schéma, marque le statut complet d'adulte⁴. Ces catégories vont donner naissance à une série de recherches sur l'entrée dans la vie adulte.

En définitive, dans ce qui précède, nous avons passé en revue le concept de l'adolescence dans la littérature. Celle-ci a montré que cette période de la vie a été au départ un sujet d'intérêt avant tout pour les psychiatres et les psychologues. Elle a été fortement influencée par les théories psychologiques dont les principales notions sont « crise, puberté, identité » pour ne citer que celles-ci. Puis, les sociologues se sont intéressés peu à peu à ce sujet et ont démontré sa relativité. Pour la psychologie, « toute l'enfance conditionne l'adolescence » (Epelbaum, 1998, p.1123), et la puberté est une de ses principales préoccupations (Mardon, 2009). Par contre, la sociologie considère que l'enfance n'est pas de sa compétence du fait que celle-ci soit dans une « zone infrasociale » (Galland, 2008, p.819) et elle délaisse la puberté du fait des transformations essentiellement physiologiques. La psychologie de l'adolescence et la sociologie de la jeunesse constituent deux visions relativement divergentes. Toutefois, certains points consensuels sont décelés dans la littérature entre ces deux disciplines autour du phénomène adolescent.

⁴ Observons que, dans beaucoup de sociétés, la maternité précoce, au moment de l'adolescence, donne accès à une émancipation au sens juridique: ainsi, dans le code civil du Québec, l'enfant devenue mère accède ainsi à un statut de "mineur émancipé" équivalent dans les faits, à celui d'adulte même s'il n'en a pas atteint l'âge légal qui, au Québec, est de 18 ans.

b) Consensus interdisciplinaire sur l'adolescence

Au-delà des divergences disciplinaires, nous avons pu identifier des consensus autour de cette problématique dans la littérature. Tous les auteurs admettent ou citent les éléments ci-dessous mentionnés comme inhérents à l'évolution humaine, à un moment du cycle de la vie. Ils n'apparaissent pas dans un ordre chronologique déterminé, leur classement se fait de façon arbitraire. Ces principaux points de consensus sont : la transmission des normes et des valeurs de la famille ; l'attachement versus l'autonomie vis-à-vis des parents ; la construction de l'identité ; la socialisation par les pairs ; finalement, les premières relations amoureuses et sexuelles.

1. Turbulence dans la transmission des normes et des valeurs familiales

La famille est un concept fondamental dans la compréhension de notre sujet. Il est important de mentionner que la famille transmet avant tout la vie aux enfants, la chose la plus précieuse. Comme l'a mentionné Cordié (2002, p.75) « donner la vie, c'est engendrer un nouvel être, mais au-delà d'un corps vivant, c'est transmettre un nom, un héritage, des idées, des croyances, tout ce à partir de quoi se construit un sujet ». Il nous semble nécessaire pour le bénéfice de notre thèse de mieux comprendre le rôle et les fonctions de la famille et également les mécanismes par lesquels elle transmet les normes et valeurs aux enfants. Pour ce qui concerne les normes et les valeurs, en dépit du fait qu'elles soient fondamentales, elles seront abordées en parallèle avec la famille tout en prenant soin, si possible, de bien les circonscrire.

La famille en tant que réalité sociale, apparaît simple à expliquer. Cependant, la littérature dans ce domaine laisse comprendre que cette réalité serait difficile à définir à notre époque. Certains penseurs cherchent à clarifier ce terme dans des ouvrages en s'interrogeant sur sa nature. Cette simple interrogation fait penser à la complexité d'un mot qu'on croyait comprendre ou connaître. Cela s'explique selon Fize (2005, p.9) « parce que [la famille] plonge ses racines à la fois dans la société et dans l'intériorité personnelle [elle] est un objet d'étude infiniment difficile à décrire ». Cette structure sociale serait la « cellule de base » dans bon nombre de sociétés (Ibid, p.20). La famille « dans les sociétés industrielles avancées »

joue un rôle fondamental dans la socialisation des gens (Dandurand et Ouellet, 1995, p.7). Naguère, on la définissait comme l'union d'un homme et d'une femme avec des enfants. Cette forme d'union serait le plus souvent appelée famille traditionnelle (Chauffaut et Dauphin, 2012). Cette définition est devenue désuète au cours des années 1970 à cause de certaines évolutions au sein des sociétés occidentales, par exemple du fait de l'apparition des familles homosexuelles (Godet et Sullerot, 2007 ; Déchaux, 2007) ou de l'émergence de familles recomposées ou à multiples configurations. En dépit de cette évolution, Parazelli (2000, p.5) soutient que « même recomposée ou dépréciée, la famille demeure encore l'instance de la transmission normative de la vie en société [...] ». Si pour Vallon (2006), il existe trois fonctions de base d'une famille lesquelles sont : « engendrer, protéger et éduquer », l'éducation des enfants serait pour Déchaux (2007) sa fonction prioritaire. Dans cette veine, Cordié (2002, p.76) définit l'éducation comme la « transmission [des] croyances [des] valeurs [des] règles à observer dans la famille ou dans la communauté dont un jeune fait partie [...] ». Ainsi, la tâche d'un parent commence bien avant l'adolescence. Cette période de la vie n'est pas le moment de « poser des règles » comme l'affirment Jeammet et Sarthou-Lajus (2008, p.35). Il serait difficile de le faire si on ne l'avait pas fait au bon moment. Ainsi, les premières années sont nécessaires dans l'apprentissage des valeurs et des normes familiales.

Les relations parents-enfants dans différentes cultures ont fait l'objet d'étude par une équipe de chercheurs. Les résultats de cette recherche révèlent l'importance de la mère dans les premières années et du rôle d'autorité du père au cours de l'âge scolaire (Skard, 1969). Si le père représente la figure de l'autorité comme bon nombre d'auteurs l'affirment (Fall et Seck, 2003 ; Lauru, 2003), la mère représenterait donc la figure d'attachement par excellence. Elle procure la sécurité, la tendresse. La mère ne serait-elle pas plus encline à transmettre les valeurs aux enfants alors que le père serait celui qui les ferait respecter ? Il serait davantage du côté des normes. Ce qui à notre avis expliquerait la différence de genre notée dans les études sur les valeurs (Pronovost et Royer, 2004). En fait, les valeurs sont de l'ordre des idéaux. Elles peuvent être résumées dans la formule : être et agir. Elles sont indirectement observables (Charbonneau, 2004 ; Royer et Pronovost, 2004 ; Assogba, 2004). Selon Leleux :

« Valeurs et normes ont toutes deux un caractère intersubjectif et sont définies pragmatiquement, mais les premières font l'objet de préférence et les secondes ont force d'obligation » Leleux (2000, p.92)

Les valeurs ne sont pas figées, elles changent selon « l'âge, le parcours scolaire et la nature de l'expérience du marché du travail » (Pronovost et Royer, 2004). Pour d'autres, elles varient selon le genre, selon les cultures et selon les classes sociales (Mokoukolo, 2006). Force est de constater qu'il n'existe pas de définition consensuelle de ces deux notions. Dans le Dictionnaire des sciences humaines, il est écrit qu'

« Il y a un manque de convergence dans l'utilisation des mots de "normes" et de "valeurs" à l'intérieur des sciences humaines [...]. Bref, il n'y a pas d'usage commun de ces notions, ce qui rend la discussion à leur sujet assez complexe » Dictionnaire des sciences humaines (2006, p.814).

Dans une étude commanditée par l'UNICEF (1969) à travers sept pays anciennement colonisés, l'un des auteurs (Raman, A.C.) a noté que les valeurs transmises par la famille dans la culture de l'île Maurice, dans certains pays d'Afrique et d'Asie sont le respect des aînés, la foi religieuse, l'identification à la communauté, d'un système de croyance au surnaturel et de l'enfant perçu comme une richesse. Selon Assogba (2004, p.12), les valeurs seraient « transmises, apprises, intériorisées et partagées par les individus d'un groupe social ou d'une société grâce à la socialisation ». Cette assertion traduit bien l'évolution du processus de transmission des normes et des valeurs. Car tous les auteurs semblent admettre que les rudiments des normes et valeurs se font au cours de l'enfance. Elles semblent être bien intériorisées à l'adolescence. Elles sont également partagées à l'âge adulte. Cependant, au moment de l'adolescence, les jeunes tenteraient de remettre en question ces valeurs transmises au cours de l'enfance (Parazelli 1996). Ce qui provoquerait une « tension intergénérationnelle inhérente à l'adolescence » (Galland, 1997, p.177). Une fois ce moment critique traversé, « ce sont surtout la force et la permanence des transmissions et d'abord dans ce qu'elles ont d'implicite et de profondément intériorisé qui demeure » (Ibid. p.178). Certaines attitudes et circonstances interdépendantes semblent influencer sur le processus de transmission des normes et des valeurs au sein de la famille. Elles sont au nombre de trois et seront brièvement présentées : le climat familial, la communication au sein de la famille et le style éducatif des parents.

Le climat familial est un concept qui regroupe la qualité des relations entre les conjoints d'une part et d'autre part de la qualité des relations des parents avec l'adolescent (Dubé et coll. 2004). Un climat de conflit au sein de la famille à n'importe quel niveau influencerait sur les dispositions de l'adolescent à s'éloigner de la maison. Cette situation semble prédisposer les jeunes à chercher de l'aide et du soutien auprès de leurs pairs (*Ibid.*). Dans un autre registre, la communication intrafamiliale, notamment la qualité de la communication entre parent et adolescent semble représenter un élément protecteur par rapport aux divers types de problèmes de comportement. Certains auteurs ont établi un rapport entre la qualité de la communication parent-adolescent et l'estime de soi, la délinquance, ou la sexualité (Jiménez et coll. 2007 ; Hien, et coll. 2012). Finalement, le style éducatif des parents a fait l'objet de multiples recherches. Des chercheurs ont proposé différents modèles. Bon nombre d'entre eux ont classé les styles parentaux en quatre grandes catégories : le style exigeant/chaleureux se caractérise par un haut degré de contrôle et une sensibilité faible ; le style autoritaire se caractérise par un fort degré de contrôle et de sensibilité ; le style indulgent ou permissif se manifeste par un faible degré de contrôle et un niveau élevé de sensibilité ; enfin, le style négligent ou indifférent montre une absence de contrôle et de sensibilité des parents (Claes, 2004 ; Bornstein et Bornstein, 2007). Comme on peut le constater, les styles éducatifs des parents peuvent basculer entre contrôle et sensibilité. Des observations ont été menées sur les jeunes ayant évolué dans les différents styles éducatifs parentaux. Ces observations révèlent que les parents qui priorisent le style exigeant/chaleureux permettent à leurs enfants de développer une confiance dans leurs capacités personnelles. Ces jeunes auraient des aspirations plus élevées dans la vie. Cela, aussi bien sur le plan scolaire que sur le plan professionnel. Un jeune qui a évolué dans une famille autoritaire aurait tendance à être plus passif, dépendant et moins affirmatif. Un adolescent ayant vécu dans une famille permissive aurait tendance à être plus ouvert sur le plan social avec les pairs et les adultes. Étant plus sensible aux influences de ses pairs, il serait plus enclin à avoir un comportement déviant. Pour les adolescents qui ont évolué dans un milieu familial négligent, ils seraient plus à risque de développer un comportement délinquant (Claes, 2004 ; Deslandes, 2008 ; Beaudet et Bégin, 1986).

2. Tension entre attachement familial et désir d'autonomie

L'attachement est un concept essentiellement psychologique. Bowlby, psychanalyste britannique, auteur de ce terme en a fait une théorie (Merinfeld, 2005). Beaucoup de psychologues accordent une grande importance à la théorie de l'attachement. Pour eux, les premiers mois de la vie d'un enfant constituent une étape qui aura des conséquences positives ou négatives sur leur vie d'adulte. Cela dépend de son entourage, de la manière dont il a vécu ses premières années, de la protection et de la sécurité dont il a pu faire l'objet, de la nature et de la qualité de sa figure d'attachement. Ce terme fait référence au comportement d'un individu qui cherche une proximité avec une personne spéciale dans un contexte éventuellement dangereux, personne à qui les spécialistes attribuent le titre de figure de l'attachement. Celle-ci constituerait sa « base de sécurité » (*Ibid.* p. 14). Dans le sens qu'elle serait toujours accessible et disponible pour lui apporter de la sécurité, de la protection, de la tendresse et de l'affection. Perçu comme un « besoin social primaire » (*Ibid.* p. 15), la théorie de l'attachement comporte trois étapes chez l'enfant : le pré-attachement initial – l'émergence de l'attachement - l'attachement proprement dit (Bee et Boyd, 2003). L'attachement est certes plus fort à l'enfance. Cependant, à l'adolescence, même s'il n'est pas aussi intense, il « se manifeste de manière détachée » (Merinfeld, 2005, p.23). L'attachement est le fondement de toutes les relations interpersonnelles ultérieures. Ces relations sont fonctions de la qualité des liens que l'individu a développé avec ses parents au cours de son enfance (Courtois, 1998). La quête d'autonomie étant l'une des tâches principales de cette période, elle semble préoccuper davantage les chercheurs. Cependant, il faut toutefois se rappeler que l'autonomie évolue dans le cadre des liens de proximité qui perdure avec les parents. En ce sens, on pourrait déduire qu'à l'adolescence, il y a un détachement vis-à-vis des parents pour se trouver une autre figure ou d'autres figures d'attachement en dehors du cercle familial. C'est ce qui marque d'ailleurs le début de l'autonomie. Le début de l'adolescence se caractérise surtout par la construction de l'autonomie individuelle vis-à-vis des parents. Selon De Singly (2000, p.11) « Grandir, c'est prendre une certaine distance ». Cela sous-entend que l'autonomie est nécessaire dans la transition de l'adolescence à l'âge adulte. En outre, celle-ci n'est pas de manière générale un phénomène spontané, mais plutôt progressif. Devenu adolescent, le temps passé au sein de la

famille est considérablement réduit comparativement à celui passé avec ses pairs. Les parents ne sont presque plus consultés dans la prise de certaines décisions importantes (Atger, 2007).

Il nous semble que le terme autonomie n'a pas la même connotation en psychologie de l'adolescence et en sociologie de la jeunesse. Pour la première, il comporte une dimension psychologique, en plus de cette nouvelle liberté de pouvoir se déplacer sans se faire accompagner par les parents. Alors que pour la deuxième, « l'autonomie est liée [strictement] à la fréquentation des pairs » (Galland, 2008, p. 820). Les sociologues distinguent l'autonomie avec indépendance et l'autonomie sans indépendance. Pour eux, l'adolescence serait « l'âge de l'autonomie sans indépendance » (*Ibid.* p.820). La dépendance totale vis-à-vis des parents selon eux caractérise l'enfance, c'est-à-dire « absence d'autonomie et absence d'indépendance » (*Ibid.*). Pour De Singly (2000, p.13), l'indépendance serait le fait d'« avoir une activité salariée ou professionnelle suffisante pour subvenir à ses besoins ». Ainsi, certains jeunes pourraient se trouver dans des situations où ils seraient autonomes, mais dépendants ou autonomes, mais indépendants vis-à-vis des parents. En ce sens, la dépendance ou l'indépendance en lien avec l'autonomie serait essentiellement une affaire économique.

3. Construction identitaire

Pour certains chercheurs, l'adolescence serait une période de « transition » (Galland, 1996, p.41), de « mutation » (Dolto, 1988, p.15) de « changement » (Taborda-Simões, 2005, p.528). Elle serait une période au cours de laquelle, l'individu sort progressivement de l'enfance pour passer au monde adulte. Ce passage ne va pas se faire sans remettre en question les « valeurs apprises » (Lafortune et Kanouté, 2007, p.38 ; Assogba, 2004, p.12) dès les premières années de vie. Il ne va pas se faire non plus sans se poser inconsciemment la question, « qui suis-je ? » (Lafortune et Kanouté, 2007, p.38). La quête de l'autonomie, le détachement des parents ou « la destitution des images parentales en tant qu'objet d'amour » (Lauru, 2003, p. 121) constituent le chemin à parcourir par le sujet pour découvrir son identité. L'identité est donc inséparable des liens avec les « parents, la famille, aux autres de l'école, à

la société » (Lachai, 2002, p. 26). Par ailleurs, la famille demeure la pièce maîtresse dans la construction identitaire (Maia, 2010).

Le concept de l'identité donne lieu à une diversité de perspectives au sein des écrits (Kunnen et Bosma, 2006 ; Bréchon, 2007). Les termes « soi », « identités » et « construction de la subjectivité » sont utilisés dans la littérature pour se référer au même phénomène. Le terme construction de la subjectivité serait utilisé surtout par les psychanalystes et les psychologues. Quant au concept identité, on fait référence à Erickson comme celui qui fut le premier à l'introduire dans le domaine de la recherche (Kunnen et Bosma, 2006). Il n'est pas simple de trouver une définition consensuelle de ce concept. Taboada-Leonetti (1990) a proposé une définition dans laquelle la psychologie et la sociologie pourraient se joindre. Pour elle, l'identité serait perçue « comme l'ensemble structuré des éléments identitaires qui permettent à l'individu de se définir dans une situation d'interaction et d'agir en tant qu'acteur social » (Ibid, p.44). Ces éléments comprennent l'identité personnelle (adjectifs servant à qualifier quelqu'un par ses défauts et ses qualités) et l'identité sociale (des catégories sociales désignant, le sexe, la nationalité, la profession, la race, etc.). L'auteure propose le terme de « stratégie identitaire » pour démontrer que « les acteurs sont capables d'agir sur leur propre définition de soi ». Ce qui montre que l'identité se développe en « interaction » avec les autres.

Dans le contexte de l'adolescence affirme Cordié (2002, p.76) « Construire son identité, affirmer sa personnalité se fait souvent en opposition avec les valeurs familiales et contrarie les projets formés pour lui ». Du fait de cette quête d'identité, le rôle des parents se transforme à l'adolescence. Mais, ce changement de rôle devrait se préparer bien avant (Jeammet et Sarthou-Lajus, 2008). L'adolescence n'est pas le moment de transmettre des normes et de tenter de les faire respecter. Cette période n'est pas propice du fait que le jeune à ce moment se rebelle contre tout ce qui se rapporte à l'autorité et s'oppose même aux personnes qui symbolisent cette autorité. Cela demanderait des parents avisés. En ce sens, Atger (2007, p. 78) souligne que « l'autonomie de l'adolescent ne se développe pas dans l'isolement, mais dans le contexte d'une relation proche toujours possible avec ses parents lorsqu'il la demande ». De Singly (2000), abonde dans le même sens. Il est d'avis qu'une affirmation identitaire

n'amène pas à un isolement ou à un repli sur soi. Elle résulte d'un « nous générationnel » facilitant l'affirmation de soi.

4. Socialisation par les pairs

La socialisation en psychologie sociale selon le dictionnaire des sciences humaines (2004) « désigne le processus par lequel les individus intègrent les normes, les codes de conduite, les valeurs, etc. de la société à laquelle ils appartiennent ». La famille, l'Église, l'école, les pairs constituent autant d'agents de socialisation. Au premier point de cette section, la famille a été largement explorée. Dans l'actuel point, il est question essentiellement des pairs.

Tout en conquérant son autonomie vis-à-vis de sa famille, l'adolescent s'engage de tout son poids dans ses relations avec les pairs. L'autorité des parents étant affaiblie, une nouvelle forme de socialisation débute avec les pairs. Au cours de l'enfance, les relations avec les pairs existaient mais c'est à partir de l'adolescence qu'elles prennent leur sens véritable : une figure d'attachement en lieu et place des parents. À ce stade, se décentrer des parents pour se centrer sur les pairs constitue une des tâches fondamentales (Atger, 2007 ; Le Run, 2006 ; Bernier, 1997 ; Claes, 2004 ; Hernandez et coll. 2012). Toutefois, il y a un changement dans la nature de l'attachement. Si avec les parents l'attachement s'établissait dans un rapport « asymétrique », avec les pairs, il est de type « réciproque » (Atger, 2007, p.77). Dans les relations parents-enfants, les parents jouaient le rôle du donneur et les enfants recevaient protection et affection. Avec les pairs, l'adolescent reçoit du soutien, mais peut également en donner. Il peut ainsi devenir à son tour une figure d'attachement (*Ibid. pp. 78-80*). Le Run (2006, p. 64) de son côté a noté que la loyauté serait le type de lien qui remplace l'attachement de l'enfance. La loyauté sous-tend « dépendance et lien affectif à l'égard d'un objet protecteur ». Pour cet auteur ainsi que pour bien d'autres, la bande ou le groupe serait une caractéristique propre à l'adolescence. Il a observé que les jeunes transgresseurs, ceux qu'on pourrait considérer comme hors-la-loi, se montrent loyaux, en « respectant les règles et les codes » en vigueur dans leur bande. Contrairement à ce que certains pourraient croire, les groupes d'adolescents ont leurs règles et

leur système de valeurs que chacun doit suivre scrupuleusement, en dépit du fait qu'ils désobéissent aux normes et valeurs familiales (*Ibid.*).

L'expérimentation de son identité se fait à l'adolescence dans les rapports avec ses pairs avant de pouvoir confronter ses parents et les autres adultes. L'influence des parents tendrait à s'affaiblir alors que celle des pairs tend à se renforcer (Beaudet et Bégin, 1986). En ce sens, Galland (1996, p.44 ; p.6) soutient que « la définition de soi » n'est pas la seule principale tâche de la jeunesse. Elle serait également selon lui « l'âge de l'expérimentation des façons d'être ensemble ». Il surenchérit pour affirmer que la jeunesse est par « essence l'âge de la sociabilité amicale ». Cette sociabilité se manifesterait à travers une série de « comportements culturels et de pratiques » que ce sociologue nomme « culture adolescente ». Concept qu'il qualifie dans un autre article de « culture de l'irresponsabilité » (Galland, 2001, p.612). La culture adolescente évoluerait en fonction de l'âge et du degré de l'autonomie de chacun. Elle contiendrait plusieurs caractéristiques distinctes. La première caractéristique vise les groupes d'âge de 12-13 ans et ceux de 14-15 ans pour qui le « renforcement de l'autonomie se manifeste de plus en plus précocement ». La deuxième caractéristique a rapport avec « l'apparence et le style vestimentaire et corporel, très souvent associé à des groupes musicaux ». La troisième serait appelée une « sociabilité spécifique ». Elle est ainsi nommée du fait qu'elle serait « une affiliation à un groupe et une distinction à l'égard d'autres groupes ». La quatrième caractéristique de cette culture adolescente est le « partage des émotions et des délires ». À ce niveau, il y existe une différence de genre. Les filles sont surtout sur le « mode sentimental », alors que les garçons sont sur le « mode de la plaisanterie ou de l'exaltation des valeurs viriles et de la compétition ».

Analysant la situation de certains jeunes Français en rapport avec leur famille, le sociologue De Singly constate chez ces derniers ce qu'il appelle une « identité clivée en deux zones ». La première serait sous la responsabilité du jeune et la seconde sous la responsabilité du jeune et de ses parents (De Singly (2000, p.12). En réaction à cette assertion, Galland (2008) estime que ce clivage aurait pour conséquence la transgression des normes parentales hors du foyer familial. En ce sens, il soutient que la socialisation par les pairs remplacerait la socialisation des parents. L'influence des pairs est donc forte à l'adolescence. Cependant, tous

les adolescents ne subissent pas l'influence des pairs de la même manière. Cela dépend de ce que Jeammet et Sarthou-Lajus (2008, p.31) nomment des « difficultés intérieures ». C'est en ce sens que ces auteurs estiment « qu'à contraintes ou à risques similaires, les destins des adolescents peuvent être différents ». Pour eux, la vulnérabilité liée à cette période de vie et vécue par tous les adolescents peut être transformée en « force créatrice » pour certains et en une « tentation d'autodestruction » pour d'autres. Selon eux, ces réactions dépendent de la « qualité des rencontres » que ces jeunes feront dans leur environnement. Ces difficultés intérieures qu'ils ont soulevées seraient de toute évidence en lien avec l'environnement familial, spécialement de la qualité de l'attachement au sein de sa famille. On pourrait même penser que la sécurité de base était défaillante. Dans l'approche d'Erickson, on dirait que la méfiance avait supplanté la confiance au moment de l'enfance. Et à l'adolescence, au lieu d'affirmer ou de confronter son identité, on dirait que l'individu est diffus dans son rôle. Il aurait du mal à s'affirmer. Selon Jeammet et Sarthou-Lajus (2008) « plus on est en insécurité, plus on devient dépendant de son environnement ». La sécurité est offerte avant tout par la famille. Cependant, si la qualité du climat familial est négative, l'individu aurait une propension à chercher une base de sécurité en dehors du cercle familial. Ainsi, les pairs ou les partenaires amoureux seraient tous indiqués comme nouvelle figure de l'attachement à la place des parents.

5. Premières relations amoureuses et sexuelles

L'adolescence selon Le Gall (2007, p.83) serait une période au cours de laquelle on s'engage dans des « relations plus ou moins durables avec un partenaire » amoureux pour la première fois. L'amour est une préoccupation importante caractéristique de l'adolescence (Lachai, 2002). L'essence de l'adolescence selon Winter (2001, p.21) serait exactement « la lettre d'amour, le poème d'amour, le journal d'amour aujourd'hui le téléphone d'amour ». Winter estime que l'adolescence serait le moment des idoles, ce qu'il nomme « idolescence ». Les relations amoureuses se caractérisent donc par une « intensité affective » qui va supplanter certains aspects des liens parents-enfants. Par sa composante sexuelle, ces relations constituent un élément fondamental dans l'émergence d'un autre type de lien d'attachement (Atger, 2007,

p.77). En ce sens, les liens amoureux marquent l'entrée dans une autre sphère de l'altérité pour l'adolescence. Cette nouvelle étape les porte à accepter certains types d'autorité par le fait qu'ils se sont volontairement mis sous le joug des « lois de l'amour » (Lauru, 2003, p.123).

Certains chercheurs ont observé que de nos jours, les adolescents expérimentent un peu plus tôt les premières relations amoureuses. Au début de l'adolescence, presque la moitié des jeunes âgés de 13 à 14 ans rapportent avoir déjà expérimenté des sorties amoureuses. Arrivés à l'âge de 15 à 16 ans, la majorité des adolescents affirment avoir un partenaire amoureux et ont déjà eu leur premier rapport sexuel (Le Gall, 2007 ; Bouchey et Furman, 2003 ; Shulman et Scharf, 2000 ; Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; Bernier, 1997). Initialement, les activités sexuelles parmi les adolescents se font de manière sporadique et sont relativement rares dans leurs formes intimes jusque vers le milieu et la fin de l'adolescence (King et Harris, 2007). Pour ce qui concerne les relations amoureuses et sexuelles adolescentes, des chercheurs ont identifié certains facteurs d'ordre sociocontextuel ou culturel pouvant influencer sur ces activités. Ils mentionnent précisément les groupes d'amis, les partenaires amoureux, le contexte social dans lequel l'adolescent évolue et également la structure familiale (Bouchey et Furman, 2003 ; Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; King et Harris, 2007). Par ailleurs, selon Courtois (1998, p. 614) « la sexualité est en partie régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus ». En effet, les parents peuvent intervenir sur les relations amoureuses et sexuelles des adolescents par la mise en place de stratégies de socialisation. Ainsi, par les stratégies parentales de contrôle, de régulation et de surveillance, ils peuvent influencer l'attitude et le comportement sexuel des adolescents. Par ailleurs, le climat familial et la communication au sein de la famille peuvent également avoir des impacts sur l'initiation aux relations amoureuses et sexuelles à l'adolescence (Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; Dubé et coll. 2004 ; Jiménez et coll. 2007 ; Hien et coll. 2012). Dans certaines familles, les relations amoureuses ne sont pas permises avant le mariage. Ainsi, le contrôle familial serait strict. La surveillance est d'ailleurs plus sévère pour les filles que pour les garçons. Les sorties, les types de fréquentation, les tenues vestimentaires sont strictement contrôlés par certains parents (Maia, 2010, Le Gall, 2007). En dépit du contrôle que les parents tentent d'exercer sur les jeunes, ces derniers trouvent des moyens de le contourner. Afin de respecter les normes de leur bande, certains adolescents peuvent donner « des

apparences de l'obéissance et du conformisme » par rapport aux injonctions parentales (Galland, 2008, p.821).

Somme toute, nous venons de présenter cinq points de consensus entre les chercheurs de différentes disciplines sur le phénomène adolescent. Il s'agit de la transmission des normes et des valeurs familiales ; de l'attachement et de l'autonomie vis-à-vis des parents ; de la construction de l'identité ; de la socialisation par les pairs ; et des premières relations amoureuses et sexuelles. Les normes et les valeurs se retrouvent à tous les niveaux des relations. L'une des principales observations de cette section serait la transformation de l'autorité parentale au fur et à mesure que les jeunes atteignent leur autonomie, cette dernière se faisant de moins en moins contraignante et de plus en plus ouverte au choix des adolescents. Entre-temps, l'influence des pairs augmente pour devenir une figure d'attachement au même titre que celle des parents. En outre, cette période de transition vers l'âge adulte est caractérisée également par les premières expériences amoureuses et sexuelles. Ces premières relations se font de plus en plus tôt, en dépit du contrôle et des interdits familiaux.

Dans les lignes suivantes, nous analyserons certaines études empiriques sur les activités amoureuses et sexuelles des adolescents dans différentes cultures. Nous présenterons également la situation des adolescents en milieu de soins afin de mettre en exergue le rôle socialisateur des soignants.

Section 2. Variations des pratiques amoureuses et sexuelles des adolescents: recension des écrits

Ce point passe en revue certaines études empiriques menées sur les pratiques amoureuses et sexuelles des adolescents dans différentes localités à travers le monde. Il faut toutefois noter que les études dans ce domaine ne sont pas nombreuses. Celles ayant rapport avec les normes et les valeurs des jeunes sont rares. Ajouter à ces dernières la sexualité des adolescents, elles se révèlent encore moins nombreuses. Une revue de la littérature nous a permis de sélectionner dans un premier temps les études ayant un lien plus direct avec notre

sujet. Cette démarche n'a pas été très fructueuse. Nous avons dû dans un second temps procéder par mots clés, puis nous fixer des critères de sélection des publications. Il s'agissait pour nous d'identifier des articles, mémoires ou thèses traitant du phénomène de l'adolescence. La pratique sexuelle adolescente devait être présentée de la manière la plus détaillée possible dans ces travaux. Nous avons ciblé des écrits provenant d'un éventail de lieux, de différents groupes nationaux ou culturels, précisément des États-Unis, du Canada, de l'Allemagne de l'Ouest, d'Athènes (Grèce), de la Belgique, du Danemark, de la Finlande, de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Islande, de la Norvège, des Pays-Bas, du Portugal, de la Suisse, du Congo, du Gabon, du Burkina Faso, du Brésil, de l'Afrique du Sud et subsaharienne, de la Tunisie et des Caraïbes (Haïti et République dominicaine). Cette revue des écrits nous a permis de constater que les travaux américains traitent en grand nombre de la grossesse à l'adolescence et abordent peu les pratiques sexuelles de ces jeunes. Cela nous amène à penser à la proposition de Bettoli, selon laquelle il existe trois types de société, en ce qui a trait aux perceptions de certains pays par rapport à la sexualité adolescente. Il s'agit des pays qui prônent la chasteté, des pays qui combattent la sexualité adolescente et des pays qui accompagnent les adolescents dans leur évolution sexuelle (Bettoli, 2004). Selon cet auteur, aux États-Unis, la sexualité est une affaire d'adultes. L'abstinence est le seul choix possible pour les adolescents en dehors des liens du mariage. De même, nous n'avons pu repérer des études répondant à nos critères pour bon nombre de pays des Caraïbes. Finalement, les recherches que nous présentons proviennent de certains pays de l'Afrique, de l'Europe, du Canada, du Brésil et d'Haïti.

a) Revue des principales études recensées

Mabiala Babela et ses collaborateurs. (2008) ont investigué la sexualité à l'adolescence à Brazzaville, au Congo. La population de l'étude couvrait les adolescents congolais âgés entre 10 à 19 ans. L'échantillonnage comportait 900 adolescents, dont 523 filles⁵. Les résultats par

⁵ Un questionnaire a été utilisé comme instrument d'enquête. Il comportait 57 questions divisées en cinq parties. De ces cinq parties, celle qui porte sur les conduites sexuelles des adolescents nous concerne au premier chef.

rapport au comportement sexuel des adolescents révèlent une précocité dans l'âge des premiers rapports sexuels (avant l'âge de 14 ans) parmi certains jeunes Congolais et Congolaises. Les auteurs expliquent ce phénomène par « l'élévation des concentrations hormonales et le développement pubertaire » (*Ibid.* p.514). Pour eux, plus un enfant est mature de façon précoce, plus il aurait une propension à s'engager dans des relations sexuelles précoces. Dans cette étude, 35,8 % des garçons ont eu leurs premières relations sexuelles à l'âge de 14 ans contre 14,4 % des filles. Par ailleurs, 25,1 % des adolescents de cette étude sont sexuellement actifs, contrairement à des études européennes où 75,6 % des adolescents seraient sexuellement actifs. Il est à noter que la comparaison entre de telles études suppose des groupes d'âges similaires, mais cette donnée nous échappe ici. Ce pourcentage s'expliquerait selon les auteurs par le fait que dans les sociétés africaines, « la virginité chez la fille avant le mariage » serait considérée comme « un signe de bonne éducation » (*Ibid.*). Dans un autre registre, les résultats de cette étude révèlent que les adolescents congolais ont une forte propension au multipartenariat (81,3 % des garçons contre 51,1 % des filles). Cette étude révèle en outre que l'utilisation d'une méthode de protection, notamment le préservatif, reste à un taux faible parmi les jeunes. En plus, un total de 65 adolescents, soit 31,9 %, affirme avoir été infecté par une infection sexuellement transmissible. La « pratique religieuse constituait un facteur protecteur » (*Ibid.* p.513) pour certains participants à cette étude en dépit du comportement à risque observé par ces chercheurs.

En Tunisie, Masmoudi-Soussi et coll. (2006) ont de leur côté enquêté sur la vie sexuelle de 352 adolescents. L'objectif consistait à « explorer la vie sexuelle de l'adolescent [...] tout en essayant de souligner ses particularités et ses difficultés ». L'enquête a été menée à l'aide d'un questionnaire autoadministré en langue arabe. Cette étude présente ici un intérêt, dans la mesure où elle illustre l'importance du besoin sexuel des adolescents et les pratiques qui permettent de le satisfaire, quelles que soient les normes et les interdictions qui les entourent. En plus des informations sociodémographiques, le questionnaire comportait des questions sur la relation avec les parents, avec l'autre sexe, les connaissances relatives à la sexualité et la

Des analyses statistiques ont été utilisées pour évaluer l'impact de certaines variables d'ordre socioculturel sur le comportement sexuel, la fécondité et les infections sexuellement transmissibles. Il s'agit du calcul du risque relatif et de l'intervalle de confiance.

conduite sexuelle antérieure et actuelle. Un total de 800 questionnaires a été distribué à 400 filles et 400 garçons. De ce nombre, 352 questionnaires ont pu être traités et analysés. Les résultats en ce qui se rapporte au comportement sexuel révèlent que la masturbation constituait une pratique très répandue parmi les jeunes (37,8 %). Cette pratique serait plus fréquente chez les garçons que chez les filles (77 contre 13,4 %). Les jeunes commenceraient cette pratique vers l'âge de 14 ans. Les garçons seraient plus précoces à ce sujet que les filles. Pour ces dernières, la virginité représenterait une norme culturelle et religieuse qu'elles ne peuvent facilement enfreindre, celle-ci représentant un « indicateur de chasteté et un certificat de bonne conduite sociale » (*Ibid.* p.399). Pour ce qui se rapporte aux relations sexuelles, 38 % de ces jeunes ont déclaré avoir déjà commencé des « activités sexuelles partielles » (p.398) soit 63,7 % des garçons contre 22,1 % des filles. Par ailleurs, 22% relataient avoir déjà eu des « expériences sexuelles complètes » (*Ibid.*) soit 49 % des garçons contre 6 % des filles. Ces premières relations sexuelles complètes ont eu lieu vers l'âge de 16,5 ans pour les deux sexes confondus. Pour ce qui concerne les attitudes par rapport aux relations sexuelles pré-maritales, 58 % des adolescents de cette étude qualifiaient d'inacceptable cette pratique. Les raisons avancées par les répondants pour justifier leur attitude étaient d'abord des « considérations religieuses et éthiques (63 %), suivies par la peur de contamination par les MST (33 %) ».

Au Gabon, Mimbala-Mayi et coll. (2011) ont utilisé une recherche transversale pour étudier les connaissances et les comportements des adolescents en matière de santé sexuelle. L'étude portait sur une population de 1469 adolescents âgés de 10 à 19 ans à travers cinq villes de ce pays. Les résultats de cette étude par questionnaire révèlent que les adolescents dans 48,6 % des cas avaient déjà eu des rapports sexuels. Les filles semblent avoir eu des relations sexuelles plus précoces que les garçons. Car celles-ci ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 13,6 ans alors que les garçons les ont à l'âge de 15 ans. Par ailleurs, ces jeunes affirment avoir utilisé le préservatif de façon régulière (98,8 %). L'utilisation d'une méthode de contraception a été le plus souvent conseillée soit par les parents (56,6 %), par les médias (44,1 %), ou par des amis (39 %).

Ces trois précédentes études ont été menées auprès d'adolescents (es) non infectés par le VIH et visaient leur sexualité. Les jeunes du Gabon affichent une précocité dans les rapports

sexuels (14 ans); une tendance au multipartenariat; la virginité comme vertu; une faible utilisation du préservatif; un comportement sexuel à risque et une croyance religieuse comme facteur de protection. Pour les jeunes de la Tunisie, ils utilisent souvent la masturbation comme pratique sexuelle (14 ans chez les garçons); la virginité se présente comme norme culturelle et religieuse; la relation sexuelle complète se fait vers l'âge de 16 ans pour les 2 sexes. Par ailleurs, pour les jeunes du Gabon, les filles sont plus précoces que les garçons dans les rapports sexuels (13 ans pour les filles) et (15 ans pour les garçons). Par contre, l'usage du condom est plus régulier. Les parents de ces jeunes semblent être plus ouverts à communiquer en matière de sexualité avec leur enfant.

Hejoaka a investigué en 2012 sur les enfants infectés au VIH et sous médication antirétrovirale au Burkina Faso pour sa thèse de doctorat à l'école des hautes études en sciences sociales. L'enquête de type ethnographique visait trente-sept enfants, leurs parents, aussi bien que des soignants. Bien que la thèse se focalise sur le vécu de l'enfant avec le VIH, elle a consacré un chapitre sur l'adolescence.

Dans les entrevues menées par Hejoaka auprès des adolescents vivant avec le VIH, il ressort que la sexualité constitue une préoccupation importante pour ces jeunes. Les adolescentes interviewées affirment être actives sexuellement. Par contre, elles disent avoir peur de transmettre le virus à un partenaire. Elles affirment aussi avoir le désir de se marier ou de procréer. La sexualité adolescente selon les conclusions de l'auteure, surtout de celle déjà infectée par le VIH se révèle du domaine de l'interdit à cause du caractère sexuellement transmissible de l'infection au VIH. Cette étude, bien que portant essentiellement sur l'enfance, a toutefois consacré un chapitre sur la sexualité à l'adolescence, thème en lien avec notre préoccupation de recherche. Le désir de parentalité adolescente qu'elle soulève apporte un éclairage à notre investigation.

Soares (2010) a de son côté mené ses investigations au Brésil sur la construction sociale de la sexualité chez des adolescents vivant en situation de pauvreté. En ce qui concerne cette thèse, deux faits nous incitent à la considérer. Il s'agit des adolescents en situation de pauvreté d'une part et de l'autre, le fait que l'auteure ait tenu compte du rôle de la famille, des pairs et des professionnels dans la construction du dispositif de sexualité. La recherche de type

ethnographique menée auprès de quatorze adolescents révèle que les pairs jouent un rôle important dans les relations affectives et sexuelles. Ces derniers, tout comme la famille, les professeurs et autres agents de socialisation influencent le comportement et les attitudes des adolescents. En outre, l'éveil sexuel débute pour certains sujets de cette population dès l'enfance par des jeux sexuels avec des cousins ou des cousines. Plus de la majorité des répondants ont affirmé l'importance des pères et des mères en ce qui a trait au dialogue parent-enfant sur la sexualité. Par contre, avec les parents, les adolescents ont une attitude d'écoute passive alors que quand il s'agit du dialogue entre pairs, la communication est active et animée.

La particularité des travaux de Hejoaka et de Soares est qu'ils ont porté en partie sur des adolescents infectés au VIH pour le premier et pour le second sur des adolescents vivant en situation de pauvreté. Les deux ont investigué la sexualité de ces jeunes dans un contexte particulier. Les adolescentes du Burkina, bien qu'elles soient infectées, affirment être actives sexuellement. Cependant, elles disent avoir peur d'infecter leur partenaire. Elles manifestent le désir de se marier ou de procréer dans le futur. Pour ceux du Brésil, l'influence de la famille, des pairs et des professeurs s'observe par l'éveil de la sexualité. Soares a observé que la communication parent-adolescent est de nature passive alors que celle avec les pairs est plus dynamique.

Pour leur part, Bozon et Kontula (1997) ont analysé les « données d'enquêtes sur les comportements sexuels et le sida qui ont été menées dans douze pays européens entre 1989 et 1993 ». L'âge du premier rapport sexuel constituait la question fondamentale que les chercheurs voulaient élucider pour la zone européenne, notamment l'Allemagne de l'Ouest, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grande-Bretagne, Islande, Norvège, Pays-Bas, Portugal et Suisse (*Ibid.* pp. 1395-1396). Les auteurs ont constaté une transformation profonde dans les mœurs des Européens au cours des années 1960 et 1970. Cette transformation se caractérisait selon eux par une baisse de l'âge des femmes au moment des premières relations sexuelles. Celle-ci serait due à une « diffusion de la contraception médicale et une baisse de la fécondité ». L'avènement du sida au cours des années 1980 a porté les individus aussi bien que les gouvernements à considérer le risque de contamination au VIH dès les premiers

rapports sexuels. Ces auteurs ont noté également trois points caractéristiques des premières relations sexuelles au cours des années 1980 et 1990. Il s'agit d'un

«Déclin régulier de contraception au premier rapport sexuel, une nette augmentation de l'utilisation du préservatif dans tous les pays, et une stagnation relative de l'âge au premier rapport après la baisse spectaculaire des décennies précédentes» (*Ibid.* p.1371).

Pourtant, la disponibilité des méthodes de contraception ne fait pas disparaître pour autant la précocité de la grossesse. Cette dernière continue à être considérée comme un problème de santé publique dans plusieurs de ces pays.

Les femmes et les hommes auraient une perception différente en ce qui a trait aux premières relations sexuelles. Les femmes attribuent une valeur importante aux premiers rapports sexuels. Elles l'envisageraient donc comme le fruit de l'amour et de l'engagement réciproque alors que pour les hommes, cette étape constitue simplement une phase d'expérimentation.

Dans une autre étude (Narring et coll., 1997) portant sur la sexualité des adolescents et SIDA menée à Lausanne (Suisse), les auteurs explorent « l'entrée dans la vie sexuelle et l'utilisation de contraception et de protection vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles » auprès de 4283 adolescents âgés de 16 à 20 ans répartis dans trois régions linguistiques du pays (*Ibid.* pp. 24-28). Les perceptions, les attitudes et les croyances des jeunes sont passées en revue aussi bien que les interactions et les négociations entre les partenaires tels que rapportées par questionnaire.⁶

Les résultats de cette recherche couvrent plusieurs points. Cependant, nous nous concentrons uniquement sur les points relatifs aux premières expériences sexuelles, aux données sur la vie sexuelle et aux premières relations sexuelles. Selon ces auteurs « la découverte dans le domaine de la sexualité se fait par étape sous forme d'expériences isolées

⁶ Un questionnaire informatisé a été élaboré. Les sujets devaient répondre aux questions en salle de classe sur des ordinateurs préparés à cet effet. Cela dans le but d'assurer l'anonymat, la confidentialité et le respect de l'intimité.

ou de relations plus conséquentes avec un partenaire » (*Ibid.* p.37). Les jeunes interrogés ont affirmé avoir déjà eu des échanges de baisers sur la bouche avec un partenaire (94 % des filles contre 90,4 % des garçons). L'âge pour ces premiers baisers se situe autour de 13 ans et pour les premières caresses à 15 ans. Cette première expérience sexuelle constitue un moment important au cours duquel débiterait une relation amoureuse.

Les données de cette étude montrent que la moitié des jeunes ayant eu une expérience sexuelle ont eu également un rapport sexuel lors de cette expérience. Pour ce qui se rapporte aux expériences de relations amoureuses avant la rencontre du partenaire du premier rapport sexuel, les informations fournies par les sujets révèlent qu'ils ont eu entre un à cinq petits amis ou petites amies. Dans 99,9 % des cas, le premier partenaire avec qui les jeunes sortent de manière sérieuse serait du sexe opposé. Ce partenaire est dans la moitié des cas une personne qu'ils connaissent. Les filles affirment (65 %) que leur petit ami est plus âgé qu'elles alors que pour les garçons leur petite amie serait plus jeune (40 %). La moitié des filles déclarent être sollicitées par les garçons pour des sorties. Alors que 40 % des garçons affirment que ce sont eux qui ont fait la première demande. La première expérience sexuelle sans rapport sexuel selon les affirmations des jeunes se limite ordinairement aux baisers et aux caresses. Cependant, dans 30 % des cas le partenaire reste nu et dans 16 % des cas il y a eu des contacts oro-génitaux. 44,2 % des jeunes des deux sexes déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avec le partenaire de la première expérience sexuelle. Selon ces auteurs, l'expérience sexuelle constitue un indice de l'approche imminente du premier rapport sexuel (*Ibid.* pp. 37-46).

Les auteurs ont noté que dans la société, d'une manière générale, les pratiques sexuelles des adolescentes se rapprochent de plus en plus de celles des adolescents. Cette réalité pourrait s'expliquer par « l'acceptabilité des comportements sexuels avant 20 ans » (*Ibid.* p.47). Cela a permis aux femmes et notamment aux adolescentes de partager plus aisément les informations relatives à leurs premières relations sexuelles. Cette étude révèle en outre que les garçons déclarent majoritairement avoir eu plus de cinq partenaires alors que les filles n'en ont eu qu'un seul. Ce phénomène s'expliquerait par le fait que les garçons déclarent avoir eu plus de partenaires occasionnels que les filles (*Ibid.*).

Pour ce qui concerne les premiers rapports sexuels, l'âge médian est de 16 ans dans le groupe des jeunes sexuellement actifs. Les premiers rapports sexuels ont eu lieu pour les filles dans une relation stable alors que pour les garçons, ils ont eu lieu dans une relation occasionnelle. De manière générale, les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir eu leur première relation sexuelle à l'âge de 15 ans (*Ibid.*).

Les travaux de Bozon et Kontula (1997) et aussi ceux de Narring et coll. (1997) ont été menés dans certains pays d'Europe et visaient le comportement sexuel en contexte du VIH. Ils cherchaient à connaître l'âge d'entrée dans la vie sexuelle dans le contexte nouveau des maladies transmises sexuellement. Ils ont noté une stabilisation de l'âge d'entrée en relation sexuelle (15 ans pour les garçons et 16 ans pour les filles). Le comportement des filles et celui des garçons diffère par rapport à la sexualité. Pour les filles, il faut avant tout de l'amour et de l'engagement réciproque alors que les garçons pensent d'abord à l'expérimentation et au plaisir. Les rapports multiples caractérisent ces jeunes, un peu comme ceux du Gabon qui pratiquent le multipartenariat.

Tremblay (2001) de son côté a mené une recherche dans le cadre de son mémoire de maîtrise en éducation à l'Université du Québec à Chicoutimi au cours de laquelle elle a investigué sur un groupe d'adolescentes sexuellement actives. Dans cette étude, l'auteure visait deux objectifs fondamentaux. Le premier consistait à « identifier les représentations sociales des adolescentes actives sexuellement vis-à-vis de la contraception ». Ensuite, le deuxième tentait d'« analyser comment ces représentations sociales orientent le comportement sexuel » (*Ibid.* pp. 19-20). Sur le plan méthodologique, l'auteure a utilisé l'entrevue semi-dirigée et la narration dans son investigation. L'échantillon a donc été constitué de 12 filles âgées de 17 à 20 ans. Ces filles (8 sur 12) ont, dans la majorité des cas, fait l'expérience d'une grossesse précoce (*Ibid.* p.68).

Les résultats de cette étude révèlent que l'âge du « coïtarque » se situe entre 14 et 15 ans (*Ibid.* p.99). Cette première relation sexuelle, d'après l'observation faite par l'investigatrice principale de cette recherche, a été très attendue et lourde de signification pour les adolescentes. Plusieurs raisons sont invoquées pour justifier les motifs de cette initiation sexuelle. Le premier motif avancé serait la curiosité pour les activités sexuelles. Prouver à son

amoureux son affection serait une autre raison pour justifier cette première relation. La pression des pairs serait une autre raison. Car, faisant partie d'un groupe « où la norme est d'avoir des relations sexuelles » (*Ibid.*), les jeunes filles se sentent dans l'obligation de se comporter comme les autres membres du groupe. Dans un autre ordre d'idées, les filles dans leurs relations avec les garçons mettent l'emphasis sur l'amour et l'engagement. Ainsi, deux types de relations sont identifiés par les participantes de cette étude. Il s'agit des « trips d'un soir » et d'une relation avec un « chum » (*Ibid.* p.101). La relation avec un chum est celle qui préoccupe davantage les filles. Ces dernières seraient plus enclines à avoir un rapport sexuel avec un chum. Si dans une relation les filles ne sentent pas un degré d'engagement, elles tenteraient de retarder le début des relations sexuelles, d'autant plus que la fidélité représente une valeur importante pour les filles.

Pour sa thèse de doctorat en psychologie, Pépin (2010) a investigué la « précocité sexuelle et le comportement sexuel à risque à l'adolescence : étude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés ». Cette thèse s'est concentrée sur deux questions de recherche⁷.

Chacune des questions de recherche a fait l'objet d'une publication scientifique. Cette étude longitudinale d'une durée de trois ans d'obtention de données a fait le suivi de plusieurs échantillons d'adolescents issus de milieux urbains, de banlieues, et également de contextes différents (Canada et l'Italie). Le premier article a visé deux échantillons composés d'adolescents québécois. Le premier groupe d'échantillon provient de la banlieue (N=265 ; 62 % filles) et le deuxième est tiré de la métropole (N=136 ; 61 % filles). La recherche a débuté avec les adolescents en secondaire 2. Puis la mesure de l'âge de la première relation sexuelle est mesurée en trois temps (secondaire 4 et secondaire 5), en plus des données de la dernière collecte (*Ibid.* p.13). Des analyses univariées (ANOVAS) et des analyses multivariées

⁷ Pour la première question, Pépin (2010, p.12) se demande : Quelles sont les caractéristiques des jeunes, de la relation avec leurs parents et avec leurs amis qui contribuent de façon unique à expliquer les différences individuelles observées sur l'âge de la première relation sexuelle ? Pour la deuxième question, elle cherche à comprendre : Quels sont les facteurs individuels, familiaux et dans les groupes d'amis qui prédisposent certains adolescents à adopter des comportements sexuels à risques (i.e. mauvais usage du condom, partenaires sexuels multiples)?

hiérarchiques sont les principales méthodes utilisées par l'analyse des données de ce premier article (*Ibid.* p.14). Pour le deuxième article, l'auteure tente de tester deux modèles explicatifs de comportements sexuels à risque (hypothèse de socialisation et hypothèse de sélection) en fonction de l'usage du condom et du nombre de partenaires sexuels (*Ibid.* p.18). Un échantillon de 267 adolescents a été constitué provenant de « deux contextes géographiques, linguistiques sociologiques, religieux et culturels » différents [Montréal et Padoue en Italie]. Le suivi de cet échantillon s'est réalisé sur une période de trois ans « de la deuxième à la quatrième secondaire ». La « modélisation par équations structurales » a été utilisée comme stratégie d'analyse (*Ibid.* pp.15-18).

Les résultats de cette étude s'articulent autour de trois facteurs [personnel, interpersonnel et contextuel] (*Ibid.* pp.125-135). Nous concentrerons davantage notre attention sur le facteur interpersonnel puisque celui-ci touche les deux agents de socialisation de notre travail (les parents et les pairs). Dans le premier article, trois variables ont été mises en examen par rapport au rôle de la relation entre parents-adolescents dans la précocité sexuelle : « l'autorévélation de l'adolescent à ses parents, le contrôle parental et le conflit ». Pour ce qui est de la première variable (autorévélation), celle-ci semble être un bon indicateur de la nature des relations entre l'adolescent et ses parents. L'autorévélation est signe d'une relation de « confiance et d'ouverture ». Dans de telles atmosphères, il n'existe pas de place pour la dissimulation de la réalité. L'adolescent se sent à l'aise de communiquer en toute confiance avec ses parents. L'auteure a déduit que « plus les jeunes parlent spontanément de leurs activités et temps libres à leurs parents, plus ils préservent leur virginité longtemps ». Le contrôle parental est la deuxième variable en lien avec les pratiques sexuelles adolescentes. Ce contrôle se caractérise par l'établissement des normes ou des règles de conduite que l'adolescent doit respecter. Les conséquences du non-respect de ces règles sont clairement indiquées. En ce sens, les limites sont préétablies et les adolescents cherchent la permission des parents avant de faire des plans. Pour Pépin,

«Les adolescents dont les parents exercent un contrôle adéquat de leurs comportements, en instaurant un cadre de vie et en établissant une structure et des règles de conduite à respecter, préservent leur virginité plus longtemps [...]» (Pépin, 2010).

La dernière variable qui, selon l'auteure, influencerait sur le comportement sexuel des adolescents serait le conflit dans la relation parent-adolescent. Le climat familial est déterminant dans plusieurs sphères de la vie adolescente. De façon particulière, il permet d'évaluer le degré de l'influence des pairs.

L'influence des pairs ou des amis comme agent de socialisation au même titre que les parents, est fortement documentée dans la littérature. L'auteure de cette étude fait de « l'influence des amis sur la précocité sexuelle, le mauvais usage du condom et le nombre de partenaires sexuels » le centre de sa recherche. Elle a étudié trois variables relatives aux amis : « la proportion d'amis de l'autre sexe, l'âge des amis et la consommation de substances communes du jeune et de ses amis ». L'argument avancé pour expliquer ce rapport serait en premier lieu que les adolescents qui recherchent dans leur réseau des amis du sexe opposé manifestent un « intérêt amoureux et sexuel envers eux ». Ensuite, les amis de sexe opposé que fréquentent les adolescents représentent de potentiels partenaires sexuels. Finalement, les amis du réseau d'amis des adolescents peuvent représenter des facilitateurs pour la mise en contact avec d'autres pairs de sexe opposé. Ces derniers dans certaines circonstances peuvent devenir par la suite des partenaires sexuels (*Ibid.* p.134). Pour ce qui se rapporte aux facteurs contextuels, les sujets de 4^e secondaire (58 %) du groupe de Montréal affirment avoir déjà eu un rapport sexuel complet contrairement aux jeunes Italiens (32 %). Pour l'auteure, ce phénomène s'explique par les « valeurs de la société québécoise plus libérales que la société italienne et que la sexualité adolescente y soit davantage tolérée » (*Ibid.* p.136). Le déclin de la religion au Québec serait un autre argument soutenu par l'auteure pour expliquer le comportement sexuel précoce des jeunes montréalais par rapport à ceux de l'Italie. La société italienne, vu sa proximité avec les « instances catholiques du Vatican » serait « plus croyante et pratiquante » que la société québécoise, qui a connu une « révolution tranquille » par rapport à certaines valeurs religieuses dont l'une des principales est « la préservation de la virginité » jusqu'au mariage (*Ibid.*).

Les travaux de Tremblay et de Pepin ont été menés au Québec, au Canada en comparaison avec l'Italie. Ils visaient, comme les autres, la sexualité des adolescents. L'étude de Tremblay est particulière en ce sens qu'elle a visé uniquement une population féminine

pour ses recherches. Le coïtarche se situe entre 14 et 15 ans au Québec pour les filles. Pour ces dernières, les premières relations sexuelles ont une grande importance et sont motivées par une quête de curiosité, une preuve d'amour envers son partenaire ou encore par une pression des pairs. La sexualité pour les pairs de ces filles représente une norme fondamentale. Par ailleurs, les travaux de Pepin sont presque dans la même lignée que ceux de Tremblay. Cependant, Pepin met en parallèle la précocité sexuelle à l'adolescence versus des facteurs individuels et familiaux, dans le groupe d'amis et des facteurs contextuels associés. Une des hypothèses de cette étude stipule que « les adolescents dont les parents exercent un contrôle adéquat de leurs comportements, en instaurant un cadre de vie et en établissant une structure et des règles de conduite à respecter, préservent leur virginité plus longtemps ». Le climat familial et une relation harmonieuse avec les parents sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur le retard des premiers rapports sexuels. L'auteure note aussi que les pairs ou les amis représentent des agents de socialisation au même titre que les parents. Ils ont une influence dans l'orientation de la précocité des rapports sexuels, le mauvais usage du préservatif et du nombre de partenaire sexuel. Dans sa comparaison entre les jeunes du Canada et de l'Italie, l'auteure note une différence dans les valeurs des deux pays (une valeur libérale et une forte valeur chrétienne ou religieuse). La préservation de la virginité jusqu'au mariage est une valeur fondamentale pour les jeunes de l'Italie alors qu'elle est moins importante pour ceux du Canada.

Section 3. VIH-SIDA : Maladie mortelle, maladie chronique et nouveau risque de parentalité précoce

Depuis l'avènement de l'infection au VIH en 1980, la sexualité des adolescents est devenue un domaine de recherche important parmi les chercheurs. L'accessibilité au traitement ARV rendue possible grâce au progrès de la science médicale a fait passer le VIH au stade de maladie chronique, a fait également naître deux groupes particuliers d'adolescents en plus de la population générale d'adolescents non infectés. Il s'agit de l'adolescent infecté au VIH par voie sexuelle, et l'adolescent infecté au VIH par transmission verticale.

À l'adolescence, toute maladie qu'elle soit bénigne ou non, gêne et dérange l'adolescent (Epelbaum, 1998). Pour Alvin et coll. (2003, p.362) un grand nombre d'adolescents atteints d'une maladie chronique non invalidante et n'ayant pas de sérieux retard maturatif « ont des aspirations et des comportements sexuels identiques à ceux des adolescents en général ». Par ailleurs, pour d'autres chercheurs, la sexualité des jeunes infectés au VIH serait subordonnée au fait qu'il soit question d'une infection transmise sexuellement (Funck-Brentano et coll. 2007 ; Mergui et Giami, 2011). Funck-Brentano et coll. (2007, p.742) font état d'une sexualité difficile que ces deux groupes particuliers d'adolescents sont portés à vivre de manière permanente. Parmi ces difficultés, ils mentionnent « la question douloureuse de l'annonce ou non de leur séropositivité au début ou en cours d'une relation amoureuse, la crainte de la transmission du virus [à un potentiel partenaire sexuel] ». Les rares études menées sur les adolescents infectés au VIH ont noté que ces jeunes auraient tendance à retarder le délai de leur première relation sexuelle et une propension au multipartenariat afin d'éviter de se dévoiler à un partenaire (Mergui et Giami, 2011; Funck-Brentano et al. 2007). Il semble que de manière générale, l'infection au VIH ait des répercussions sur la sexualité de l'adolescent séropositif, ce, quelle que soit la façon dont celui-ci a été infecté. Un fort pourcentage de ces adolescents affirme être sexuellement actif après avoir été mis au courant de leur statut sérologique dans des pourcentages quasi identiques de ceux des adolescents non infectés. Par contre, une minorité d'adolescents, surtout ceux infectés par la transmission maternofoetale, adopte une abstinence partielle ou totale par crainte de contaminer leur partenaire ou par crainte de dévoiler leur statut. Certains affirment que ces difficultés peuvent amener à des relations non protégées. De nombreuses jeunes filles vont jusqu'à refuser de procréer (Mergui et Giami, 2011).

Une étude quantitative menée à Haïti par Holschneider et Alexander (2003), avait pour but d'identifier les déterminants psychosociaux des pratiques sexuelles préventives au VIH auprès d'un groupe d'adolescents sexuellement actifs, afin d'arriver à élaborer un programme de prévention plus efficace contre le VIH/SIDA, au bénéfice de cette population. Les deux théories à la base de cette recherche étaient le modèle des croyances en lien avec la santé et la théorie sociale cognitive. 845 adolescents âgés de 15 à 19 ans en milieu scolaire ont participé à cette étude et ont répondu à un questionnaire autoadministré. Les déterminants notés sont les

barrières perçues à l'utilisation du condom, la capacité personnelle d'entreprendre des actions préventives contre le VIH (constance dans l'utilisation du condom), les normes véhiculées par les pairs à l'égard des actions préventives, la vulnérabilité perçue à l'égard du VIH et les normes de genre au sujet du condom et du comportement sexuel. Des barrières environnementales et physiques perçues à utiliser le condom ont également été notées (la perception que le condom diminue le plaisir, qu'il puisse provoquer des problèmes vaginaux, qu'il soit inaccessible et trop coûteux) ; des barrières interpersonnelles (l'embarras lié aux condoms) ; des barrières sociales (doute quant au statut VIH et aux infections transmissibles sexuellement (IST), la sexualité illicite, un manque de confiance et d'intimité). Les résultats de cette étude montrent que les adolescents âgés de 15 à 19 ans étaient sexuellement actifs et qu'un grand pourcentage avait eu des comportements sexuels à risque. Ces jeunes ont entamé leurs premières relations sexuelles avec pénétration en moyenne vers l'âge de 13 ans. Le multipartenariat constitue une norme comportementale chez la moitié du groupe, alors qu'une faible proportion affirme avoir utilisé un condom de façon régulière. Dans les pratiques de ces jeunes, ils conçoivent que seul le garçon a le droit de décider d'utiliser ou non le préservatif ; avoir plusieurs partenaires sexuels est une preuve de virilité ; une fille doit rester vierge jusqu'au mariage ; une fille ayant eu des rapports sexuels avec plusieurs garçons serait une fille facile.

a) Nouveau risque de parentalité à l'adolescence

La parentalité à l'adolescence, notamment la maternité parmi les adolescentes âgées de 15 et 19 ans, est considérée dans certaines cultures comme un problème social majeur (Phipp et Sowers, 2002; Hope, Wilder et Watt, 2003; Yakam, 2009). La maternité précoce a fait l'objet de beaucoup de recherches à travers le monde. Par contre, peu d'études sont consacrées aux pères adolescents, encore moins celles menées sur la parentalité parmi les adolescents infectés par le VIH. On a noté plus de 14 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont devenues mères à travers différentes régions du monde. Ce nombre représente 11 % des naissances par année. Dans certains pays d'Afrique, plus de 20 % des filles âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à au moins un enfant. Au Nigéria, en Mauritanie et au Soudan, plus de

15 % des jeunes filles enfantent avant d'atteindre l'âge de 15 ans (Nkuba, 2007). En Afrique du Sud, la grossesse à l'adolescence est considérée comme un problème courant qui augmente le risque des adolescentes de contracter le virus du SIDA. On observe aussi cette tendance au Malawi, où plus du cinquième de la population se situe dans la tranche de 10 à 19 ans. L'auteur précité a identifié certains facteurs à la base de ce phénomène. Il cite la précocité des premières menstruations, le comportement sexuel des jeunes, des facteurs socio-culturels et économiques, le statut éducationnel, la violence sexuelle, la pression des pairs et l'urbanisation. De son côté, Okonofua (1994), en plus des premières règles qu'il mentionne comme le précédent auteur, identifie des facteurs tels que l'initiation précoce aux activités sexuelles, l'insécurité économique, l'utilisation faible et inefficace des moyens de contraception et la détérioration des valeurs traditionnelles africaines. De leur côté, Richter et Mlambo (2005) ont noté un manque d'éducation à la sexualité, la coercition, l'influence des pairs, l'ignorance, l'influence des parents et un manque d'accès aux services de santé. À Haïti, faute de publications portant sur l'adolescence, il est presque impossible de connaître l'ampleur du phénomène.

Section 4. Rôle socialisateur des experts en santé

Contrairement aux adolescents en bonne santé, sans aucun antécédent médical, ceux infectés et vivant avec une maladie chronique fréquentent sur une base régulière des centres hospitaliers ou des cliniques. Les soignants deviennent pour eux des visages familiers. En ce qui concerne la situation spécifique des enfants infectés au VIH par transmission verticale, Champion et coll. (1999, p.1102) notent l'organisation d'un secret partagé et maintenu entre « trois protagonistes ». Ce secret tend à perdurer jusqu'à la période de l'adolescence. Cette organisation se structure autour de la mère, la « détentrice » ; de l'enfant, le « destinataire » ; du soignant, le « dépositaire ». Le rapport médecin-patient dans un « espace thérapeutique » comme le nomme Saillant (1999, p. 16) ne serait pas « uniquement un lieu de conflits [...] ». D'ailleurs, Royer et coll. (2004) ont présenté une typologie assez claire des valeurs importantes pour les jeunes dans leur recherche. Ils ont identifié deux noyaux de sens dans les extraits des jeunes sur la famille ; la famille en tant que personne ; la famille en tant que lieu.

Les adolescents atteints d'une maladie chronique dont l'infection au VIH, font de la clinique « un lieu, un foyer » où ils se sentent en sécurité pour parler de sexualité, du VIH, de l'observance thérapeutique et autre (Maxi, 2010). Ces soignants sont perçus dans ce contexte de soin comme des membres de la famille (Dandurand et Ouellette, 1995). En tant que tels, ils sont des « porteurs de croyances, de normes et de valeurs [...], comme la famille (Le Gall, 2007, p.9) ». Ils jouent également un rôle dans la socialisation des jeunes par la transmission des normes et des valeurs qui sont le plus souvent relativement différentes à celles de la famille. D'où un tiraillement observé entre « les savoirs experts et les savoirs profanes » dans la prise en charge psycho sociomédicale des adolescents infectés au VIH depuis la naissance. Dans ce cas particulier, les parents et les soignants ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde. Ces derniers choisissent de prévenir les comportements sexuels à risque en faisant de l'éducation sexuelle auprès des jeunes ou de leur annoncer leur statut VIH alors que les parents y sont opposés et ne veulent pas parler de sexualité avec les jeunes puisqu'à leur avis, ceux-ci devraient s'abstenir de toute activité sexuelle à cause de leur statut sérologique. En ce sens les soignants, au même titre que la famille, au même titre que les pairs, jouent aussi un rôle socialisateur et influencent les pratiques amoureuses et sexuelles de ces jeunes

Section 5. Théorie et modèle de l'adolescence privilégiés par la thèse

a) La théorie psychosociale d'Éric Erikson

En psychologie, Erikson est cité comme ayant introduit le terme «identité» dans l'étude du développement adolescent (Kunnen et Bosma, 2006 ; Lipiansky, 1990). Erikson présente sa théorie de l'évolution psychosociale basée sur ses pratiques cliniques. La notion d'identité occupe une position importante dans ces ouvrages. La théorie d'Erikson dans le champ de la psychologie individuelle est centrée sur l'individu. Cependant, il faut toutefois noter qu'elle met aussi l'accent sur les dimensions sociales de l'homme. D'ailleurs dans cette théorie, le développement est présenté comme le résultat de l'interaction entre le sujet et son milieu social à chaque stade psychogénique (Cohen-Scali et Guichard, 2008 ; Erikson, 1968 ; Sokol, 2009). Il a le mérite d'avoir couvert dans sa théorie du développement psychosociale tout le

cycle de la vie, de la naissance à la mort. En dépit des critiques formulées contre son approche, notamment contre les notions de « crise identitaire », « défi » ou « problème », celle-ci permet de mieux comprendre l'adolescence dans son parcours développemental. Le tableau ci-dessous présente les huit stades psychosociaux de cette théorie. Cependant, les termes « identité vs confusion d'identité et intimité vs isolement » sont des concepts fondamentaux inhérents à la période de l'adolescence.

Tableau I. Les stades du développement psychosocial selon Erickson (1968)

							INTÉGRITÉ opp.à DÉSÉSPER
						GÉNÉRATIVITÉ opp. à STAGNATION	
					INTIMITÉ opp. À ISOLEMENT		
				IDENTITÉ opp.à CONFUSION D'IDENTITÉ			
			INDUSTRIE opp.à INFÉRIORITÉ				
		INITIATIVE opp. à CULPABILITÉ					
	AUTONOMIE opp. à HONTE-DOUTE						
CONFIANCE opp.à MÉFIANCE							

Selon Bee et Mitchell (1986, p. 14) Erickson perçoit : « Le développement comme une longue quête de l'identité au cours de laquelle chaque personne doit accomplir, dans un ordre établi, des tâches qui toutes se présentent sous forme de dilemmes provoquant une crise ».

Erickson met beaucoup d'emphasis sur l'interaction parent-enfant au cours des premières années de la vie, aussi bien que sur l'interaction sujet-milieu. Cette relation va influencer sur les relations interpersonnelles ultérieures. Au sortir d'un stade, le pôle positif devrait dominer le négatif. Le défi est donc ainsi relevé, et l'individu est prêt à entreprendre un autre stade en se servant de ses acquis. Tout se passe dans un contexte social déterminé. Le défi d'un stade se déroule en fonction de la nature du contexte social dans lequel évolue l'individu. Les tâches de développement pour être traversées avec succès doivent avoir lieu dans un environnement sécuritaire. À cette période, la qualité des relations avec les parents est nécessaire pour le bon équilibre de l'enfant. Aussi, le climat familial, notamment la qualité des relations entre le père et la mère est un élément qui influence sur l'épanouissement de l'enfant. La fin de l'enfance est caractérisée dans cette approche par ce que les psychologues nomment généralement la puberté qui fait la transition vers l'adolescence. En plus des transformations physiologiques, les pressions sociales provenant des parents, de l'école et de la société augmentent significativement à l'adolescence. On exige du jeune plus d'autonomie et un sens plus élevé de responsabilité personnelle. Ces transformations à divers niveaux provoquent une crise d'identité selon la théorie d'Erickson (Bee et Mitchell, 1986 ; Cohen-Scali et Guichard, 2008). Dans cette théorie, le développement de trois aspects de son identité s'impose à l'adolescent : 1) une identité sexuelle ; 2) une identité vocationnelle ; et, 3) une identité idéologique. La première correspond à une conception claire de son rôle sexuel et une nette compréhension de sa propre sexualité. La deuxième se rapporte à une claire perception de ce qu'on veut être comme adulte. La troisième se réfère au « système de croyance, des valeurs et des idéaux ». Au terme de l'adolescence, l'individu doit « parvenir à se définir un rôle particulier et à concevoir un certain système de vie » (Bee et Mitchell, 1986 p.304 ; Erikson, 1968). Dans le cas contraire, l'adolescent serait fixé dans un stade de confusion d'identité selon Erikson.

Outre la construction de son identité personnelle, la capacité à s'engager dans une relation intime constitue une autre tâche que l'adolescent est appelé à remplir pour accéder au statut d'adulte. Cependant, pour atteindre cette dimension, il faut « s'individualiser » (Epelbaum, 1998, p.1123), affirmer son autonomie vis-à-vis de ses parents d'une part et de l'autre de ses pairs. Cette nouvelle forme de relation implique un autre type d'attachement. Une des caractéristiques de cette relation est l'intimité sexuelle. L'intimité consiste donc selon la

théorie d'Erikson en la capacité de s'engager dans une relation stable et durable. Si l'individu est incapable de s'engager dans une relation intime, il plonge dans ce qu'Erickson nomme l'isolement. Découvrir son identité propre et être capable de s'engager dans une relation intime, telles sont entre autres les tâches que l'adolescent doit accomplir dans son processus de développement pour devenir adulte.

b) Le modèle des statuts d'identité de James Marcia

Marcia (1980) fut le premier à mener des investigations en vue de vérifier sur le terrain certains aspects de la théorie d'Erikson. L'identité personnelle, notamment la finalité de la crise d'identité à l'adolescence constitue le point central de ses travaux. Dans ses investigations sur l'identité à l'adolescence, Marcia a développé une méthode en vue d'étudier les engagements au niveau individuel. Il est parvenu à la conclusion que la manière de prendre ses engagements établit une différence importante pour l'adolescent en termes d'exploration antérieure ou non. En ce sens, il a donc proposé un paradigme se basant sur deux processus : l'exploration ou le questionnement et l'engagement (Marcia, 1980 ; Barbot, 2008 ; Cohen-Scali et Guichard, 2008). L'exploration serait :

« Un comportement de résolution de problème visant à mettre au jour de l'information à propos de soi ou de son environnement de façon à prendre une décision concernant des choix de vie importants. [Alors que] l'engagement représente l'adhésion à un ensemble spécifique de buts, de valeurs, et de croyances. » Cohen-Scali et Guichard, (2008, p.6).

Ces processus ont permis à Marcia (1980) de proposer un modèle de quatre statuts identitaires indépendants caractéristiques surtout de la fin de l'adolescence. Ces statuts sont : la réalisation identitaire, la forclusion, la diffusion identitaire et le moratoire. À l'aide des entrevues semi-structurées, affirment Cohen-Scali et Guichard, (2008), « l'évaluation de la structuration de l'identité » se fait en investiguant sur «trois domaines d'engagement» à savoir l'idéologique, le professionnel et le sexuel. L'opérationnalisation de ce modèle s'articule en termes de niveau élevé ou faible du processus d'exploration et d'engagement. Le tableau suivant présente le modèle des statuts identitaires de Marcia.

Tableau II. Modèle des statuts identitaires selon Marcia (1980)

Processus	Statuts identitaires			
	réalisation identitaire	forclusion	diffusion identitaire	moratoire
Exploration	présent	absent	présent ou absent	en crise
Engagement	présent	présent	absent	présent mais vague

c) Définition des termes du modèle

Il existe dans la littérature, plusieurs traductions ou interprétations des termes du modèle des statuts identitaires de Marcia. Après consultation du modèle original de Marcia (1980), nous avons fait le choix de la traduction proposée par Barbot (2008). Ce modèle s'inscrit dans la même lignée de la théorie d'Erickson. Elle vise une opérationnalisation sur le terrain de certains concepts de la théorie psychosociale.

«La réalisation identitaire décrit les adolescents qui ont exploré différents domaines de vie puis se sont engagés à travers des choix personnels. Ces adolescents sont considérés comme sûrs d'eux-mêmes, capables d'articuler les raisons de leurs choix» (Barbot, 2008, p.2)

«La forclusion ou identité héritée se détermine par des engagements très affirmés, qui ne résultent pas d'une période d'exploration mais plutôt d'une intériorisation profonde des valeurs sociales et parentales. Ces engagements laissent peu de place à l'exploration d'alternatives identitaires» (Ibid. p.2).

«La diffusion identitaire se définit par une faible exploration qui ne débouche pas sur une production de choix. Elle caractérise les adolescents marqués par un profond désintérêt, ayant des difficultés à se positionner» (Ibid. p.2).

«Le moratoire est une période d'exploration, de questionnements intenses avec une quête d'engagement. Ce statut décrit les adolescents «en crise», parvenant difficilement à faire un choix» (Ibid. p.2).

Synthèse du chapitre deux

Ce chapitre deux a fait une revue de la littérature sur le concept de l'adolescence. Il a présenté deux perspectives disciplinaires par rapport à cette période de la vie : une perspective psychologique et une perspective sociologique. Cinq points de consensus interdisciplinaires semblent émerger. Il s'agit de la transmission des normes et des valeurs familiales; d'une tension entre attachement familial et désir d'autonomie ; de la construction identitaire ; de la socialisation par les pairs ; des premières relations amoureuses et sexuelles. Il a aussi exploré la parentalité à l'adolescence. Cette recension des écrits nous a permis de constater que peu d'études se sont consacrées aux adolescents infectés au VIH. Les rares études menées auprès de ces derniers révèlent qu'ils sont actifs sexuellement, que l'infection à VIH influe sur leur sexualité, qu'ils ont peur de transmettre le virus à un partenaire potentiel et qu'ils aspirent à la procréation et au mariage. Par ailleurs, dans la population générale d'adolescents, la sexualité varie en fonction du contexte socio-culturel, de la situation économique des parents, du climat familial, de la nature des relations parent-enfant et du genre. Toutefois, ces variables sont aussi valables pour la population d'adolescents infectés par le VIH. Certaines études se sont penchées sur l'influence que la famille, les pairs, les professeurs ou les experts en santé ont sur la sexualité à l'adolescence. Cependant, peu d'études ont porté sur l'influence de ces agents socialisateurs auprès des adolescents infectés au VIH. Des études ont été menées dans différents pays à travers le monde sur la population adolescente afin de pouvoir mieux comprendre leur situation pour mieux intervenir. Par contre dans le contexte haïtien, nous en connaissons peu sur cette population par manque de recherches.

Chapitre 3

Méthodologie

Section 1. Une sociologie qualitative d'inspiration phénoménologique et interactionniste

a) Rappels : question centrale et objectifs

Les recherches de type qualitatif visant le vécu des adolescents infectés au VIH sont quasi inexistantes dans le contexte haïtien. La présente investigation veut combler ce vide. Elle vise à explorer la perspective des adolescents infectés au VIH quant à la sexualité et la parentalité dans le milieu haïtien.

Question de recherche

Comment les normes et les valeurs véhiculées par la famille, les pairs et les professionnels de la santé, quant aux comportements sexuels et amoureux des jeunes, influencent-elles les discours et pratiques des adolescents infectés au VIH, par transmission verticale ou par transmission sexuelle? Et comment ces jeunes perçoivent-ils la parentalité ?

Objectifs de la recherche

Les objectifs de cette recherche consistent à :

- Identifier et répertorier les messages normatifs en provenance de la famille, des pairs et des milieux experts dirigés vers des jeunes infectés au VIH.
- Mieux connaître les relations entre ces messages normatifs et les pratiques amoureuses et sexuelles.
- Mieux comprendre les perspectives des jeunes face à une éventuelle parentalité à partir d'une meilleure connaissance de leurs difficultés particulières et de l'impact des normes et valeurs en provenance de leur milieu relationnel.
- Et dans une perspective de sciences humaines appliquées (et de pratique professionnelle), tirer de l'ensemble des réponses obtenues des pistes d'action pour une intervention psychosociale mieux adaptée à la condition particulière d'une adolescence séropositive en contexte haïtien.

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous privilégions une méthodologie qualitative dans le but de mieux comprendre la signification que les acteurs accordent à leur vécu (Blumer, 1986 ; Poupart et coll. 1998). Nous nous inspirons des approches interactionnistes et phénoménologiques pour nous orienter dans cette investigation essentiellement faite à partir d'entretiens semi-dirigés.

b) Phénoménologie scientifique d'Amedeo Giorgi

Cette thèse est inspirée de la phénoménologie scientifique d'Amadeo Giorgi. Elle a été introduite dans les sciences humaines et cognitives vers le milieu du XXe siècle (Bordeleau, 2005). Giorgi est un psychologue américain considéré comme le concepteur de cette approche qu'il qualifie de phénoménologie scientifique. Comme Meyor et coll. (2005) le signalent, en matière d'approches phénoménologiques, « la méthode scientifique qu'Amedeo Giorgi a proposée semble en effet constituer une porte d'entrée largement empruntée en Amérique du Nord ». Mettant l'accent sur la signification que les sujets accordent aux phénomènes, la méthode phénoménologique se veut de nature descriptive et compréhensive. Descriptive, car elle est centrée sur l'objectif de décrire "les phénomènes tels qu'ils se donnent à nous » (Fortin, 2010; Longneaux, 2007 ; Bourrel, 2008). Mais qu'est-ce qu'un phénomène qui se donne à l'entendement? Il faut comprendre que l'individu et son environnement forment un tout. Ce dernier ne saurait être compris qu'en « situation contextuelle » (Fortin, 2010, p.35). Le vécu de l'individu et l'expérience subjective sont donc deux éléments qui distinguent la phénoménologie des autres approches qualitatives (Anadon, 2006). Selon Giorgi (1997), la phénoménologie scientifique étudie « les structures de la conscience sous leurs aspects concrets et matériels », c'est-à-dire en termes d'ancrage social et culturel. La conscience revêt une importance particulière dans cette approche par le fait que, selon elle, elle ne saurait être cachée (Alvesson et Sköldberg, 2009; Giorgi, 1997). La phénoménologie scientifique met l'accent sur les acteurs sociaux. Elle « renvoie à la totalité des expériences vécues par un individu » (Giorgi, 1997)

Le sujet de thèse tel que formulé nous met en présence d'un polyphénomène, soit de quelque chose qui couvre un ensemble de phénomènes en interaction les uns par rapport aux autres. Parmi les plus saillants, nous notons l'adolescence, le VIH, la sexualité, la parentalité, la santé et la famille pour ne citer que ceux-là. L'acteur principal étant l'adolescent, celui-ci est donc exposé à de multiples et intenses interactions avec son environnement. Dans ce cadre, nous avons choisi la phénoménologie scientifique proposée par Amedeo Giorgi comme inspiration de recherche complémentaire.

Une étude à orientation phénoménologique doit d'une part être descriptive, de l'autre appliquer la réduction phénoménologique, puis s'efforcer de trouver des significations. Pour le critère scientifique, une recherche à caractère phénoménologique doit comme dans tout le domaine du savoir être systématique, méthodique, générale et critique (Giorgi, 1997). En plus de l'interactionnisme symbolique, cette recherche se réclame de la phénoménologie scientifique. Cette approche exige un esprit créatif du chercheur, de se positionner dans la réduction phénoménologique et de s'intéresser toujours aux significations des données obtenues.

c) L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique est un courant issu de l'École de Chicago. La tradition de l'École de Chicago selon Poupart (2011; p. 179) constitue « l'ensemble des travaux produits dans le contexte du Département de sociologie de l'Université de Chicago, de la fin du 19^e siècle jusqu'à la fin des années 60 ». L'École de Chicago se caractérise par la grande importance accordée à l'observation empirique et par l'utilisation de la méthodologie qualitative dans les activités de recherche (Anadòn, 2006 ; Alvesson et Sköldberg, 2009). Dewey, Mead, Blumer, James et Cooler sont les noms les plus cités, étant les pionniers du courant interactionniste symbolique (Poupart, 2011 ; Anadòn, 2006). Certains auteurs ont attribué à Blumer la paternité de l'expression « interactionnisme symbolique » (Chapoulie, 2011; Bernard, 2014). L'interaction constitue l'unité de base de ce courant. Le terme interaction suppose un espace d'influences réciproques des sujets dans un contexte donné.

L'interaction se définit plus précisément selon Bernard (2014) comme « un processus d'influences mutuelles, qu'exercent, les uns sur les autres. Les interactants d'un échange, en prenant en compte également le lieu et le moment où se produit cet échange » L'individu est au centre des préoccupations des tenants de l'interactionnisme symbolique. Il est un acteur actif qui interagit avec les « éléments sociaux ». Pourvu d'une capacité de réflexion, l'acteur est libre dans sa prise de décision dans un contexte qui ne cesse de l'influencer. Dans sa dimension symbolique, l'interaction implique également des regards, des mimiques, des gestes et des postures. Outre sa dimension verbale, elle est également corporelle (Le Breton, 2004). Ce courant met en relief « les ressources de sens dont [chaque] individu dispose, sa capacité d'interprétation qui lui permet de tirer son épingle du jeu face aux normes ou aux règles » (Blumer, 1986 ; Poupart et coll. 1998). Les interactionnistes n'ont proposé aucune théorie particulière ni de concepts spécifiques. Toutefois, ils postulent selon les propos d'Anadòn que « le comportement humain ne se comprend qu'en relation avec les significations que les personnes attribuent aux choses et à leurs actions » (Anadòn, 2006). L'interactionnisme symbolique semble être bien approprié pour notre investigation sur l'adolescence puisqu'elle place les gens au centre de sa démarche. Ce courant de pensée « s'attache à rendre compte et à tenir compte de la perspective des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales » (Poupart, 2011, p. 4). Les jeunes ne subissent pas passivement l'influence de leur environnement immédiat. Ils interagissent avec le milieu et attribuent du sens à leur vécu. Dans le cadre de cette étude d'inspiration interactionniste, l'adolescent infecté au VIH est notre principal acteur. Lors d'entrevue en profondeur, il partage sa perception de son vécu dans ses relations avec ses parents, ses amis, son partenaire amoureux ou sexuel et les professionnels de la santé. Ces derniers, quoique faisant partie du cercle d'influence de l'adolescent, n'ont pas été interviewés. Nous nous sommes plutôt attardés à saisir, du point de vue du jeune, comment il construit son univers à travers ce qui est échangé dans ces interactions.

d) Forces et limites de l'étude

La méthodologie qualitative, par l'utilisation des entrevues individuelles qu'elle adopte constitue à la fois des forces et des limites de l'étude. L'avantage des entrevues individuelles sont qu'elles facilitent l'approfondissement des thèmes avec le répondant. Ces entrevues permettent au participant de partager son vécu avec le chercheur et d'exprimer le sens qu'il attribue à sa situation. Cette méthode permet par l'utilisation des questions ouvertes, une compréhension plus nuancée du phénomène à des niveaux divers. Par ailleurs, la grande force de l'étude réside dans le fait de traiter d'un sujet sensible, intime et d'interviewer directement des acteurs sur leurs expériences personnelles. De manière générale, la méthodologie qualitative ne permet pas la généralisation, compte tenu de son échantillonnage non représentatif de la population (Groulx, 1997). Aussi interviewer uniquement l'adolescent dans ses interactions avec sa famille, les soignants et les pairs limite la portée de l'étude. Par contre, nous avons essayé de rendre le plus spécifique possible notre plan de collecte et d'analyse de données afin de pallier à certaines limites liées à cette méthode. Nous avons aussi procédé à une description en profondeur des données collectées. En plus des entrevues, nous avons utilisé une fiche signalétique afin de pouvoir recueillir des données sociodémographiques des répondants. Nous avons eu aussi accès au dossier médical des participants.

Section 2. Réalisations des entretiens

a) Le centre Gheskio comme principale source d'accès au terrain

L'investigation se déroule à Haïti dans une organisation non gouvernementale dénommée centre GHESKIO⁸ (groupe haïtien d'études de syndrome de Kaposi et des infections opportunistes). Cette organisation est l'une des plus vieilles institutions mondiales en matière de lutte contre le VIH. Le centre Gheskio a pris naissance en 1982 à Port-au-Prince

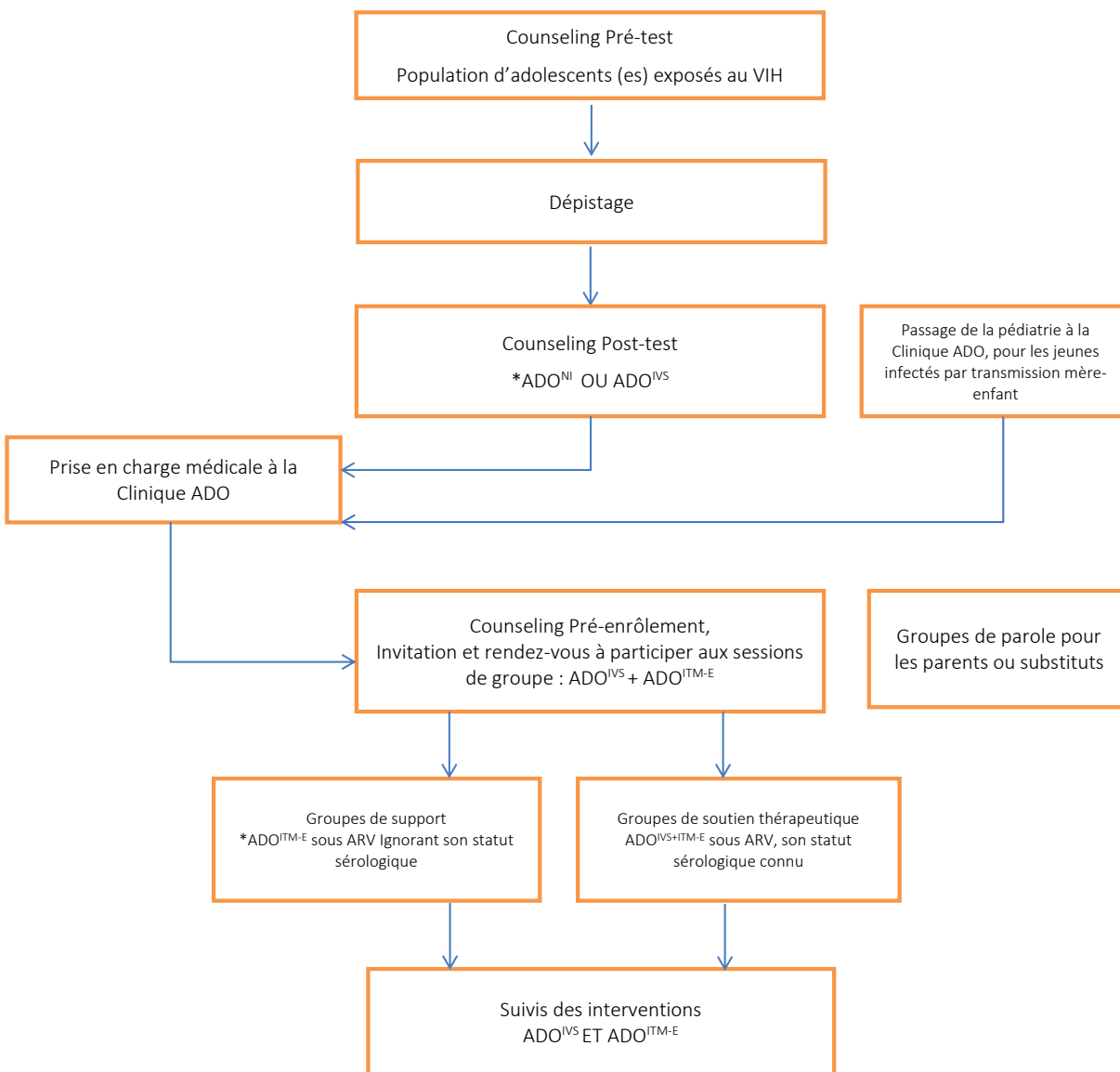
⁸ Le choix de Gheskio se justifie pour son expertise dans la prise en charge des personnes exposées ou atteintes par le VIH. Il est d'ailleurs le seul qui a ouvert une clinique dédiée spécialement aux adolescents. Il est un pionnier dans ce domaine. Il est de surcroît une institution nationale de référence en matière de recherche médicale, de la formation des intervenants en ITSS et de services de prise en charge des personnes vulnérables.

et a pour objectif l'amélioration de la qualité de la santé des Haïtiens. Avec l'éclosion du VIH qui s'est transformé en pandémie, il s'est engagé dans la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) en se spécialisant dans la formation, la recherche et les services offerts directement et gratuitement à la population. Il comporte en son sein plusieurs unités ou services, notamment le service des IST, de la tuberculose, le service counseling, le service du programme de la transmission mère-enfant, le service pour les victimes de violence sexuelle (VVS), la clinique de pédiatrie, la clinique pour adolescent, la grande clinique, sans oublier l'unité de la formation et les différentes unités de recherche. Les services offerts sont le dépistage pour le VIH, les IST, la tuberculose (TB), et la prise en charge psychosociale des personnes atteintes par une des pathologies précitées. Ces services sont coordonnés par des médecins, sauf le service counseling qui est géré le plus souvent par un psychologue. Chaque unité a son histoire, liée à l'évolution de l'institution. Cependant, la clinique pour adolescent est celle qui nous intéresse de façon particulière.

Le service counseling est la porte d'entrée pour tous les autres services. Le patient qui fréquente pour la première fois le centre doit être reçu en counseling pré-test VIH, IST et (TB) puis, selon son statut sérologique dans une deuxième rencontre en counseling post-test. Un client avec un statut sérologique négatif pour le VIH est reçu en counseling post-test de groupe. Alors qu'un client avec un statut sérologique positif pour le VIH reçoit un counseling post-test individuel. Chaque client selon son cas est référé à une clinique ou un service. Ainsi, une femme enceinte diagnostiquée VIH positive est suivie par l'équipe du service du programme de la transmission mère-enfant. La mère, suite à l'accouchement, verra son enfant être dirigé à la clinique pédiatrique jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de dix ans pour être référé à la clinique pour adolescent. Le progrès de la science médicale a fait donc passer le VIH au stade de maladie chronique. Elle a fait également naître deux groupes particuliers d'adolescents en plus de la population générale d'adolescents non infectés. Il s'agit de l'adolescent infecté au VIH par voie sexuelle, et l'adolescent infecté au VIH par transmission verticale. Nous nous sommes intéressés à ces deux groupes particuliers parce qu'il existe peu ou quasiment pas de recherche locale dans ce domaine. Peu de chercheurs s'intéressent à comprendre le vécu de ces jeunes. Par ailleurs et tel que discuté précédemment, des études visant ces jeunes dans d'autres contextes révèlent qu'ils auraient tendance à retarder le délai de

leur première relation sexuelle et une propension au multipartenariat afin d'éviter de se dévoiler à un partenaire (Mergui et Giami, 2011; Funck-Brentano et al. 2007).

La figure 1 ci-après illustre la procédure de prise en charge des adolescents aux centres Gheskio. Les principales étapes de cette procédure pour les adolescents n'ayant pas été suivi aux centres durant leur enfance sont : l'étape 1 consiste en counseling pré-test, en dépistage au VIH et en counseling post-test. À l'étape 2, c'est la prise en charge médicale et le passage de la clinique pédiatrique (pour les individus ayant été suivis dès leur naissance) à la clinique pour adolescent. L'étape 3 consiste en des activités de pré-enrôlement aux ARV, des groupes de support, des groupes de soutien thérapeutique, des groupes de parole pour les parents et de suivis des interventions.



*ADO^{IVS} : ADO infecté par voie sexuelle – ADO^{ITM-E} : ADO infecté par transmission mère-enfant – ADO^{NI} : ADO non-infecté.

Figure 1. Procédure de prise en charge des adolescents (es) à la clinique de Gheskio

b) Population à l'étude : des adolescents victimes d'un des deux types de contamination

Plus de 1500 adolescents ont été diagnostiqués positifs pour le VIH à la clinique pour adolescents depuis son ouverture en 2007. Plus d'une centaine de ces jeunes fréquentent sur une base quotidienne la clinique pour adolescents. Notre population à l'étude est donc constituée d'adolescents des deux sexes infectés au VIH par voie sexuelle et par transmission verticale et âgés entre 15 à 20 ans fréquentant la clinique pour adolescents des centres GHESKIO au cours de la période de l'enquête.

c) Procédure de recrutement

Tous les adolescents infectés par le VIH venus au centre pour leur suivi médical au cours de l'enquête ont été invités à participer à l'étude. Des séances de sollicitation ont été menées dans les salles d'attente afin de susciter l'intérêt de ces jeunes à se porter volontaires. Ces derniers ont été invités à manifester leur intérêt auprès de l'infirmière principale. Ils ont été ensuite référés au chercheur principal pour la présentation du projet. S'ils acceptent de participer, ils sont invités à signer le formulaire de consentement pour ceux qui ont déjà atteint l'âge de la majorité. Les critères de participation à l'étude consistent à être un adolescent vivant avec le VIH, n'ayant aucun handicap mental et connaître son statut VIH depuis au moins six mois. Les activités de sensibilisation et de recrutement ont débuté en novembre 2013 et ont pris fin en mars 2014. Un total de 46 adolescents nous ont été référés par l'infirmière de la clinique. De ce nombre, trente ont accepté de participer à l'étude. Notre échantillon théorique est donc composé de trente adolescents : 10 garçons et 20 filles âgés entre 15 à 20 ans. Les caractéristiques de ces adolescents sont présentées au Tableau III suivant.

Tableau III. Caractéristiques des adolescents interviewés

Caractéristiques	Garçons n=10	Filles n=20	Total n=30
Âge			
15-17 ans	3	5	8
18-20 ans	7	15	22
Niveau de scolarité			
Primaire	-	2	2
Secondaire	10	17	27
Professionnel	-	1	1
Universitaire	-	-	-
Situation familiale			
Père décédé	-	2	2
Mère décédée	4	7	11
Père et mère décédés	3	6	9
Père et mère vivants	3	5	8
Traitement ARV			
Oui	10	20	30
Non	0	0	0
Modes de transmission			
Sexuelle	2	2	4
Verticale	8	18	26
Expériences			
Amour	5	3	8
Sexe	3	9	12
Aucune	2	8	10

Nous avons donc interviewé trente adolescents âgés de 15 à 20 ans. Huit de ces jeunes dont 5 filles et 3 garçons sont âgés de 15 à 17 ans. Les 22 autres dont 15 filles et 7 garçons ont de 18 à 20 ans. La majorité a un niveau scolaire de secondaire soit vingt-sept sur 30. Deux sont au niveau primaire et un seul au niveau professionnel. Pour ce qui est de la situation familiale, la mère de onze sur 30 est décédée contre deux sur 30 pour le père. Neuf adolescents sur 30 sont orphelins des deux parents contre huit sur 30 pour qui les deux parents sont vivants. Nos trente participants sont tous sous thérapie antirétrovirale (ARV). Vingt-six des adolescents sont infectés par transmission verticale, alors que quatre le sont par voie sexuelle. Pour ce qui a trait aux expériences amoureuses ou sexuelles, huit ont une expérience amoureuse (sans rapports sexuels), douze ont une expérience sexuelle et dix n'ont aucune expérience en amour ou en sexualité.

d) Collecte et plan d'analyse des données

La méthode d'entrevue a été utilisée pour collecter les données auprès des participants. Des entrevues semi-dirigées d'une durée maximum de soixante-quinze minutes ont été menées auprès des adolescents. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un appareil audio. En plus, une fiche signalétique a été utilisée afin d'enregistrer les informations relatives aux données sociodémographiques des participants. Afin de faciliter la mise en confiance des jeunes filles, les entrevues ont été menées par deux interviewers (le chercheur principal et une assistante). Cette dernière est une étudiante en sociologie et a été formée pour pouvoir prendre part aux entrevues. La collecte des données a pris fin en mars 2014. Après la transcription verbatim, la codification et l'analyse en ont suivi. Un prénom fictif a été attribué à chaque participant. La situation de chacun a été passée au crible afin de pouvoir mieux la décrire, eu égard à la phénoménologie scientifique que nous avons choisie comme méthode de recherche. Ce souci de description de la phénoménologie nous a portés à dresser le graphique 2 ci-dessous. Ce dernier comporte quatre cases. Les adolescents de la première case sont infectés par transmission verticale et sont tous orphelins de mère. Ceux de la deuxième case ont leur mère et leur père vivants. Par ailleurs, quatre adolescents de cette case sont infectés par voie

sexuelle et quatre autres par transmission verticale. Une adolescente de ce groupe est déjà mère. Tous les adolescents de la troisième case sont orphelins de mère et de père. Ils ont été tous infectés depuis la naissance. Une adolescente de ce groupe est mère en plus d'avoir été violée et une autre se déclare être travailleuse de sexe pour gagner sa vie. Les deux adolescentes de la dernière case sont orphelines de père. Une d'entre elles est déjà mère et se dit être travailleuse de sexe afin de subvenir à ses besoins et de ceux de son enfant.

Mère dcd n=11	Mère et Père ⁹ viv n=8	Orphelin P+M n=9
Carla, 16 ans	Judith, 19 ans [VS]	Farah, 17 ans
Ulrick, 20 ans	Juliette, 20 ans [VS]	Maryse, 16 ans
Joel, 19 ans	Arielle, 18 ans	Adline, 17 ans
Rose-Anne, 19 ans	Julio, 19 ans [VS]	Jude, 18 ans
Juna, 18 ans	Roger, 19 ans [VS]	Andréa, 20 ans [M-A ; Viol]
Arianne, 18 ans	Josette, 19 ans	Martin, 17 ans
Fernelle, 19 ans	Marco, 18 ans	Bertha, 20 ans
Rome, 19 ans	Carine, 18 ans [M-A]	Carlos, 17 ans
Alex, 15 ans		Girma, 20 ans [TS]
Alma, 19 ans		
Claudette, 16 ans		
Père dcd n=2		
	Jeanne, 19 ans [M-A ; TS]	
	Rose, 18ans	

Figure 2. Prénoms fictifs et caractéristiques spécifiques des répondants (N=30)

⁹ Un père vivant ne suppose pas qu'il entretienne de rapport avec son enfant. Certains adolescents affirment d'ailleurs avoir connaissance de l'existence de leur père sans pour autant entretenir aucun lien ou presque avec celui-ci.

TS=travailleuse de sexe ; M-A = mère-adolescente ; VS = voie sexuelle.

L'entretien qualitatif est l'instrument le plus souvent utilisé en sciences sociales. Son utilisation permet l'exploration au premier plan du vécu des acteurs sociaux (Poupart, 1997; Quivy et Campenhoudt, 1995). Sur le plan méthodologique, l'entretien de type qualitatif constitue un outil d'information permettant d'élucider « les réalités sociales ». Il représente en outre un instrument de choix donnant « accès à l'expérience des acteurs » comme le souligne Poupart (1997, p. 174). Utilisant l'entrevue semi-dirigée comme instrument pour la collecte des données, notre plan d'analyse suit les grandes étapes d'analyse en méthode qualitative (Giorgi, 1997). Les questions formulées au moment de l'entretien devront être le plus possible larges et ouvertes afin que l'interviewé puisse donner une opinion détaillée (Deslauriers, 1991; Giorgi, 1997).

Les thèmes abordés sont de trois ordres : La communication autour de l'amour et de la sexualité avec les différents milieux (famille, amis et experts en santé); les pratiques amoureuses et sexuelles à l'adolescence; la perspective des jeunes quant à la parentalité. Les principaux thèmes abordés sont présentés en Annexe II. Les questions appropriées y sont également consignées en dessous de chaque thème. Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites en verbatim dans un bref délai de temps. Ensuite, il convient de lire attentivement les données avant d'entreprendre l'analyse. Nous avons eu recours au logiciel Atlas-ti version 6.2 (PC) afin de faciliter la codification des données.

« La codification est le mode privilégié de réduction des données. Elle consiste à attribuer des catégories à des portions de discours qui sont bien circonscrites et qui présentent une unité conceptuelle élevée » (Contandriopoulos et coll., 2005, p. 83).

Son but étant de « classer, d'ordonner, de résumer et de repérer les données pour ensuite procéder à l'analyse proprement dite » (Fortin, 2010). Ce moment où on essaie de thématiser certains extraits du discours se fait par une lecture approfondie et lente. D'ailleurs, « La lecture, la relecture et la re-relecture des notes prises au cours des observations et des entrevues » constituent l'outil fondamental de l'analyse (Deslauriers, 1991). Cette étape de « condensation des données » (Miles et Huberman, 2003) en unités « revient à discriminer les sens » (Giorgi, 1997, p. 354). Les unités de sens peuvent être un terme descriptif exprimant qu'une signification d'importance pour l'étude est contenue dans l'unité identifiée (Giorgi,

1997). On a pu sortir à la fin de cette étape avec un ensemble d'unités de sens formulé dans les termes utilisés par l'interviewé. L'étape suivante consiste à examiner, à explorer et à décrire les unités de sens compilées afin de les rendre plus claires au regard de la posture disciplinaire adoptée (Ibid.). Dans cette étape que nous considérons comme étant l'analyse à proprement parler, nous avons tenté d'appliquer la formule du « rendre compte » et du « tenir compte » chère aux interactionnistes (Poupart, 2011). En plus de décrire les expériences et les opinions des sujets, nous avons cherché à identifier à partir des extraits d'entrevue les valeurs ayant influencé le comportement amoureux et sexuel de nos jeunes. Nous avons également cherché à clarifier le sens ou la signification que ces jeunes accordent aux normes et aux valeurs véhiculées par la famille, les pairs et experts en santé quant aux rapports amoureux et sexuels. Un regard a été porté sur le contexte social, économique et culturel de chacun des participants. Finalement, « une posture de proximité et de distanciation » (Idem, p.7) a été adoptée dans notre analyse par rapport aux points de vue de nos répondants.

e) Considérations éthiques et retombées de l'étude

Ce dernier point de la méthodologie met l'accent sur les retombées de l'étude dans le contexte haïtien. Les principes éthiques liés à la population à l'étude, à la confidentialité et au consentement des participants sont mis en exergue.

Les problèmes soulevés par cette recherche ne concernent pas uniquement Haïti en dépit de la spécificité et de la précarité de ce pays. Les résultats pourraient de toute évidence être applicables à d'autres contextes semblables ou quasi semblables. En ce sens, ils seront publiés afin de partager les informations avec la communauté scientifique, d'autant plus qu'il existe peu de recherche dans ce domaine. Ces résultats seront également partagés avec les professionnels de la santé lors des sessions de formation organisées par l'unité de formation des centres Gheskio. Par ce moyen, les jeunes seront indirectement touchés. Car les experts de santé seront assez sensibilisés sur le phénomène et modifieront de toute évidence leur intervention auprès de ces jeunes. En outre, une copie de la thèse sera déposée pour

consultation à la bibliothèque de la faculté d'ethnologie, de la faculté des sciences humaines de l'université d'État d'Haïti et de celle des centres Gheskio.

Ce projet de recherche a été soumis à deux comités d'éthique. Celui de l'Université de Montréal et celui des centres GHESKIO. Après l'approbation des deux comités, les activités de terrain ont pu être commencées. Il est à noter la rentrée en vigueur du projet de loi 30 modifiant le Code Civil et d'autres dispositions législatives en matière de recherche au Québec. Cette loi en vigueur depuis le 14 juin 2013 stipule que

«Le mineur de 14 ans et plus peut néanmoins consentir seul si, de l'avis du comité d'éthique de la recherche compétent, la recherche ne comporte qu'un risque minimal et que les circonstances le justifient».

En outre, cette loi permet que « le consentement à une recherche puisse être donné autrement que par écrit si, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche, les circonstances le justifient ». Ainsi, nos volontaires âgés de 15 à 20 ans intéressés à prendre part à l'étude devaient donner leur consentement pour participer à l'étude. La participation volontaire et éclairée a été mentionnée aux intéressés lors des séances de sensibilisation. Le refus de participer à n'importe quelle étape de l'étude n'ayant aucun effet sur les services offerts par l'institution. Dans un autre registre, il a été prévu d'offrir une assistance psychologique aux participants qui seraient perturbés par les informations confidentielles soulevées lors de l'entrevue. Il a été également prévu d'octroyer aux participants des frais de transport d'un montant de 100 gourdes afin de faciliter leur déplacement. Ce qui donne un équivalent de \$1,50.

En définitive, le VIH/SIDA est une infection qui affecte toutes les couches de la société mondiale. Après près d'une décennie de pandémie, elle est passée de maladie mortelle à maladie chronique. La population haïtienne en tant que société à faible revenu est durement affectée par le virus compte tenu du taux de prévalence affiché par les enquêtes épidémiologiques. Plusieurs facteurs semblent expliquer cette vulnérabilité de la population. Notons par exemple, les conditions économiques précaires, l'instabilité politique et la culture. Les femmes sont très vulnérables du fait du multipartenariat pratiqué par les hommes, du chômage, du faible niveau d'éducation, bref de la dépendance économique vis-à-vis des

hommes. Grâce à la thérapie ARV, des enfants nés de mères séropositives arrivent de plus en plus à l'adolescence, voire l'âge adulte. Les adolescentes et les adolescents constituent à divers niveaux un groupe vulnérable. Des organismes non-gouvernementaux (ONG) interviennent en vue de fournir une aide médicale à la population infectée ou affectée par les infections transmises sexuellement et par le sang (IST). Des recherches médicales sont menées auprès de la population adulte. Peu, pour ne pas dire presque pas d'études se sont consacrées à la population adolescente. Encore moins des études dans le domaine des sciences humaines et sociales. La présente investigation d'orientation qualitative vise à combler ce vide. Elle s'inspire de l'interactionnisme et de la phénoménologie comme cadre méthodologique, puis de l'approche du développement psychosocial d'Erikson et du modèle de James Marcia comme ancrage théorique.

Des dispositions ont été prises pour assurer la scientificité de l'étude. En effet, la scientificité d'une étude selon l'approche positiviste est assurée par certains critères, telles la validité interne, la validité externe, la fidélité et l'objectivité (Contandriopoulos, 2005; Côté, 2006). La méthodologie qualitative pour sa part s'est dotée de critères similaires; il s'agit de la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la validation (Lincoln et Guba, 1985). Dans le cadre de cette étude, la crédibilité (validité interne) qui consiste à faire preuve de la justesse des liens établis par l'investigateur entre les données au moment de l'interprétation, a été défendue par la tenue d'une chronique couvrant la succession des étapes depuis la collecte des données, y compris les modifications apportées au cadre conceptuel, jusqu'à l'interprétation. Cette dernière permet de vérifier la fidélité de la codification, la constance dans l'application des règles d'analyse, de traitement et d'interprétation. La transférabilité (validité externe) qui consiste à démontrer dans quelle mesure les conclusions pourraient s'appliquer à des contextes semblables, a été assurée par la description de l'échantillonnage et de la diversification des cas. Elle a été renforcée par la présentation méthodologique appliquée et les procédures d'analyse privilégiées. La fiabilité (fidélité) se rapporte au discernement du chercheur face à ses jugements et de sa capacité à les reconnaître comme un élément pouvant influencer sur ses analyses et interprétations.

Dans la première partie, le contexte de la recherche, la problématique, le cadre théorique et le cadre méthodologique ont été développés. La deuxième partie de la thèse porte sur l'analyse des résultats des entretiens semi-dirigés menés sur le terrain auprès des jeunes.

PARTIE II

PREMIÈRES OBSERVATIONS :

RÉSEAU RELATIONNEL ET UNIVERS SEXUEL

Chapitre 4

L'adolescent décrit ses interactions

Les adolescents infectés au VIH autour de la naissance ont rapporté avoir été maintenus dans l'ignorance de leur statut sérologique par leur parent jusqu'au début de l'adolescence. Certains ont mené leur propre démarche en vue de s'informer de la nature de leur maladie. Ils ont fouillé dans des archives familiales, questionné leur tuteur, questionné les soignants avant d'être mis au courant de leur statut. Ils disent avoir appris à garder le secret sur leur infection, à ne partager cette information à aucune autre personne. Comme Yakam (2009) l'a déjà observé dans les familles africaines, la relation entre parent et adolescent à Haïti est aussi marquée par une absence de communication, notamment en ce qui a trait à la sexualité et aussi à l'infection au VIH. Les parents ne se sentent pas outillés pour aborder ces sujets alors que les adolescents sont gênés d'engager ce dialogue intime avec des adultes. Cependant, les adolescents ont affirmé que leur parent profite de toutes les occasions pour leur lancer des messages de protection et de vigilance. Ces messages s'adressent davantage aux filles et très peu aux garçons. Les parents semblent percevoir les filles comme étant plus vulnérables que les garçons. Ils montent un bouclier de sécurité autour des filles, en les empêchant de sortir seules sans supervision, en surveillant leur tenue vestimentaire, en passant au peigne fin les amis qu'elles fréquentent.

Ce chapitre sur l'adolescent et ses interactions se décline en trois sections : la famille, les soignants et les pairs. Dans la section traitant de la famille, l'inventaire du type de famille dans lequel l'adolescent évolue est présenté. La famille des adolescents est constituée en majorité de mères monoparentales, de familles reconstituées, de familles élargies. La mère est la principale figure parentale. La famille haïtienne est donc matrifocale, comme l'a déjà observé Mulot (2000) pour les Antilles d'une manière générale, et spécifiquement pour la Guadeloupe. À ce propos, le titre de la thèse de doctorat de Mulot (« Je suis la mère, Je suis le père ! L'énigme Matrifocale ») est évocateur pour traduire la réalité des mères monoparentales dans les Antilles (dont Haïti fait partie). Dans le cas du décès de la mère, elle est substituée par une autre femme qui peut être une tante, une cousine ou une grand-mère. La femme haïtienne est

le « poto mitan » (le poteau principal) de la famille (Trouillot, 2010). L'éducation des jeunes est assurée en grande partie par une femme. Le père est le plus souvent absent et joue le rôle de pourvoyeur dans bien des cas. Les parents sont de nature autoritaire et s'attendent que les adolescents obéissent passivement à leurs instructions. Pour eux, les enfants doivent être parfaits. Certains utilisent même des châtiments corporels pour obliger leurs enfants à respecter les règles et à se conformer aux normes (Bijoux, 1990). Les pratiques communicationnelles au sujet du statut sérologique et des messages visant à éduquer et à protéger y sont notées. Dans la section 2, l'adolescent décrit leur perception pour ces experts en santé comme des membres de la famille. Il présente aussi l'assistance-conseil comme principale source d'activités à la clinique. La protection par le condom et l'observance thérapeutique sont au centre de l'assistance-conseil. Pour la dernière section, l'interaction avec les pairs révèle que le secret est encore présent. En dépit du secret, l'amie joue le rôle de conseillère pour les filles, pour les garçons, les amis sont des transmetteurs du savoir-faire sexuel. Par ailleurs, garçon ou fille partagent la conviction du devoir de protection par le condom.

Section 1. La famille

Cette section porte sur la famille et les interactions familiales telles que racontées par les jeunes rencontrés. Elle présente le type de famille dans lequel l'adolescent évolue, à savoir : monoparental (mère ou père), reconstitué, élargi, tuteur. Les pratiques communicationnelles au sein de la famille sont aussi présentées. Les notions de dévoilement ou de la divulgation du statut VIH et du secret autour du statut sérologique de l'adolescent sont traitées. Des messages éducatifs des parents destinés à éduquer et à protéger sont identifiés.

a) Pluralité des types de familles rencontrées

Il faut rappeler que notre population est constituée de trente adolescentes et adolescents. Parmi eux, vingt-six sont infectés par transmission mère-enfant et quatre par transmission

sexuelle. À partir des informations sociodémographiques recueillies sur les participants, quatre groupes sont identifiés. Il s'agit des adolescents orphelins de mères seulement (11/30), des adolescents orphelins des deux parents (9/30), des adolescents orphelins de père seulement (2/30) et des adolescents non orphelins (8/30). C'est donc dire que les adolescents se trouvent dans l'une des quatre situations suivantes : mère et père vivants, orphelins de mère, orphelins de père ou orphelins des deux parents. En fonction de cette réalité, la famille des adolescents est composée de mères monoparentales (7/30), de père monoparental (1/30), de familles reconstituées (5/30), de famille nucléaire (1/30), de familles élargies (16/30). Au tableau suivant, les types de famille et l'appartenance des adolescents à un type de famille est notée.

Tableau IV. Types de famille

Famille monoparentale (mère) n=7	Famille monoparentale (père) n=1	Famille reconstituée avec son père n=5	Famille nucléaire n=1	Famille élargie n=16
Jeanne	Rome	Ulrick	Julio	Andréa
Marco		Josette		Rose
Carine		Ariane		Girma
Arielle		Alex		Joel
Roger		Fernelle		Farah
Judith				Adline
Juliette				Maryse
				Carla
				Rose-Anne
				Claudette
				Martin
				Juna
				Bertha
				Jude
				Alma
				Carlos

1. Monoparental (avec sa mère)

Parmi les jeunes interviewés, la mère de certains d'entre eux (10/30) est vivante. Six de ces jeunes sont infectés par transmission verticale et quatre autres par transmission sexuelle. Ils vivent le plus souvent dans une famille monoparentale avec leur mère. Les six infectés par transmission verticale ont aussi leur mère infectée. Alors que pour les quatre autres, la mère n'est pas infectée. Vivre en situation monoparentale pour une mère, en plus d'être infectée par le VIH en contexte haïtien, c'est vivre en permanence avec une série de difficultés, notamment des difficultés économiques et sociales. Certaines mères doivent compter sur le soutien financier d'un membre de la famille, de l'aide de certains organismes humanitaires ou si leur état de santé le permet, entreprendre un petit commerce afin de pouvoir subvenir au besoin de la famille. Sur le plan social, elles font tout pour cacher leur séropositivité et celle de leur enfant afin d'éviter la discrimination ou la stigmatisation. Le secret et la culpabilité sont les sentiments omniprésents dans ce type de famille. Par contre, les mères qui ne sont pas infectées vivent différemment la réalité. D'ordinaire, elles sont au courant tardivement du statut de leur enfant et se montrent très critiques avant d'accepter le fait.

Par exemple, Jeanne affirme avoir été à plusieurs reprises gravement malade, probablement à cause de son infection au VIH. Son père est décédé et elle vit avec sa mère, laquelle est aussi porteuse du VIH. Elles vivent à Cité Soleil, un bidonville de la capitale connu pour son niveau d'insalubrité et de conflit armé entre des gangs rivaux. Jeanne raconte les démarches entreprises par sa mère afin de lui sauver la vie. Dans son discours, elle fait référence implicitement à son vécu avec la maladie et des conditions économiques précaires dans lesquelles elles vivent. Elle fait aussi allusion aux bonnes œuvres des sœurs de « La Charité », un organisme humanitaire travaillant dans le domaine de la santé. Elle relate certaines interventions menées par cet organisme en vue d'améliorer son état de santé. Elle cite notamment la régularité dans la prise des médicaments et le maintien d'une bonne hygiène de vie.

M pa ka pale de manman m paske lè m te vin malad la li te konn al entène m yon kote ki te dèlma 31. Chak lè l etène m, m vin lakay bouton yo rekale sou mwen

ankò ; kounye a lè mè yo vin wè sa yo te kenbe poutèt pou m pat mouri nan men l [...] Se a 14 an m rekonèt manman m, yo te vin remèt manman m mwèn. M te viv trè byen paske yo te ban nou medikaman a 6è di maten, 3 fwa pa jou. Yo te konn ban nou medikaman kou l fè 6è diswa ankò yo reban nou. Nou benyen chak granm maten. Yo pa janm kite nou sal akòz de maladi sa. Yo rele misyonè de lacharite (Jeanne, 19 ans, [VV/A-M/TS]).

Traduction libre

Je ne peux pas parler de ma mère, j'étais malade et elle m'a fait hospitaliser à Delmas 31. On constate que je rechute à chaque fois que je retourne à la maison. Les boutons sortent de nouveau sur tout mon corps dès que je suis chez ma mère. Constatant cette situation, les sœurs proposent de me garder afin de me sauver la vie. Ma mère a dû me laisser en résidence chez les sœurs. Je suis retournée chez ma mère vers l'âge de 14 ans. Je vivais très bien chez les sœurs. On me donnait les médicaments régulièrement trois fois par jour et tôt les matins je prenais un bain. Ces missionnaires de La Charité ne me laissaient jamais sale.

Contrairement aux parents de Jeanne, les parents de Marco sont séparés. Cette famille semble avoir relativement moins de soucis économiques. Ils vivent à Pétion-Ville, une zone dite «huppée» de la capitale haïtienne. Marco vit au sein d'une famille élargie. Cependant, le fait que sa mère et lui soient infectés au VIH font qu'ils se comportent comme une famille monoparentale malgré leur contexte familial. D'ailleurs, Marco affirme que sa mère est la seule personne avec qui il peut ouvertement discuter puisque les autres personnes de la maison sont différentes d'eux, car ils ne sont pas atteints du VIH. Il donne deux raisons qui lui font se sentir en confiance avec sa mère : d'abord, elle est porteuse de l'infection comme lui et en plus, elle est en lien avec des jeunes comme intervenante dans son travail.

Bon se sel a manman m m pi alèz tankou nou pale de tout bagay nou pale de maladi paske lap travay nan fosref e avè l li di pou m pale tou paske moun nan kay la pa men jan avè nou, e nou 2 a ki konsa e avè l m pi alèz avè l m di tout bagay (Marco, 18 ans).

Ma mère est la seule personne avec qui je suis à l'aise pour parler de tout et de rien. Nous pouvons parler plus spécifiquement de la maladie. Étant donné qu'elle travaille à FORSREF, une structure de santé, elle me permet de tout lui raconter. D'ailleurs, les gens de la maison ne vivent pas la même situation que nous. Comme nous sommes deux à vivre avec cette maladie, je me sens beaucoup plus à l'aise pour tout lui raconter.

Carine vit elle aussi en famille monoparentale et habite dans la zone de Martissant. Ses parents sont séparés. Sa mère, une petite commerçante est seule à éduquer ses trois enfants. Carine communique surtout au téléphone avec sa mère en raison de l'absence quotidienne de cette dernière à la maison. Étant l'aînée de la fratrie, Carine est responsable de ses frères et sœurs en l'absence de sa mère. En dépit du fait qu'elle entretienne de bonne relation avec sa famille, Carine dit qu'elle se sent toujours triste. Ce sentiment semble l'habiter à cause de son vécu avec le VIH. Elle affirme en outre n'avoir pas beaucoup d'informations sur le statut sérologique de sa mère. Le fait que sa mère soit en relative bonne santé selon elle, elle a des doutes qu'elle soit infectée. Ainsi, elle se questionne sur la validité de son diagnostic.

Manman m se komèsan lavi l, papa m ap travay, apre sa mwen menm lekol m ye avèk ti frè m yo, se m lekol m tris. Bon byen relasyon pa tro bagay se nan telefon m ka kontakte ansan m avè l, l lè gen vakans apre sa m pa konn. Relasyon manman m byen, m ansanm nou viv byen, nou menm kote nou pa gen pwoblèm m (Carine, 18 ans, [A-M/VV]).

Ma mère est commerçante et mon père est un travailleur. Tout comme mes petits frères, je suis à l'école. Je me sens vraiment triste. Mes relations avec ma mère sont normales. Comme elle travaille toujours hors de la maison, nous parlons souvent au téléphone. Les relations sont très bonnes. Nous vivons sous le même toit, tout va bien.

Arielle vit dans une famille monoparentale. Sa mère et son père se sont séparés. La jeune identifie ses parents comme des gens pauvres qui ne sont pas en mesure de répondre à ses besoins. Elle habite d'ailleurs à Cité-soleil avec sa mère et son jeune frère. Elle a dû elle-même se prendre en charge en travaillant dans de petits commerces. Comme elle, sa mère est une patiente des Centres Gheskio. Pourtant, cette dernière ne lui a jamais communiqué son statut VIH. Elle dit être en conflit avec sa mère du fait qu'elle s'est convertie au christianisme.

Manman m, m gen dwa byen a manman men gen de ti pwoblèm ladann depi m te vin konvèti moun legliz la e m vin batize gen de ti panik ladann l yo deske lap sèvi zidol mwen menn mwen pa dakò mwen al legliz an men tan pèsekisyon yo tèlman ap pale di vye bagay [...] (Arielle, 18 ans).

Ma mère, j'entretenais de bonnes relations avec elle. Cependant, depuis ma conversion au christianisme, elle est en colère contre moi du fait qu'elle ne soit pas chrétienne. Je suis en désaccord avec elle. A cause de cela, elle me persécute [...].

De même que les autres adolescents, ceux infectés par voie sexuelle affirment vivre eux-aussi dans une famille monoparentale. Contrairement aux autres, leur père est vivant et ils entretiennent pour la plupart de bon rapport avec celui-ci. Roger habite à Carrefour-feuille avec sa mère, une zone surpeuplée de la capitale. Il dit qu'il a été informé de son infection à l'âge de 16 ans. Ses parents sont au courant de sa situation et ont accepté de l'accompagner en dépit de tout. Il déclare être heureux d'avoir bénéficié du soutien inconditionnel de ses parents suite à la révélation de son statut sérologique.

Bon manman se yon moun li konpote l men jan avèk tout moun ki genyen se paske ou malad pou l gade ou kom yon bèt non se pa sipose fèt lè manman m tandè sa li vin akseptè, li déjà konnen se pitit li m ye, li gere m jan l konn gere m nan papa li men men nan li si tèlman renmen m li renmen pase pi fò de sè m yo, m gen de sè li renmen plis pase yo tou lè de, apre sa fanmi m si tèlman renmen yo tou paske m pa gen okenn difikilte (Roger, 19 ans, [VS]).

Ma mère est une personne qui se comporte de la même manière avec tout le monde. Elle ne fait pas de discrimination avec une personne malade, la diminuer. Ce n'est pas son genre. En apprenant que je suis infecté, elle a accepté la situation, car je suis avant tout son enfant. Elle se comporte avec moi comme d'habitude. Pour mon père, il m'aime très fort. Je n'ai aucune difficulté avec ma famille.

Judith habite avec sa mère. Cette dernière aussi bien que la fratrie sont informées de sa maladie. Par contre, son père n'est pas au courant de son statut sérologique bien qu'elle entretienne de bonnes relations avec lui. Judith justifie cette situation par le fait qu'elle n'habite pas sous le même toit que son père.

[...] mwen malad la a bon manmanm konnen, sè m konnen, frè m konnen men fanmi pa konnen avèk lot fanmi bò kot papa m ki pa konnen se kèk fanmi manmanm ki konnen sa selman. Bon paske mwen pa tap viv bò kote l, se bokot manman tap viv (Judith, 19 ans, [VS]).

Pour ce qui est de ma maladie, ma mère, ma soeur et mon frère sont au courant. Cependant, les membres de la famille de mon père ne sont pas informés de cette situation. Ma famille du côté paternel n'est pas au courant parce que je ne vivais pas proche d'elle.

Comme les adolescents cités ci-dessus, Juliette vit avec sa mère à Cité-Soleil. Elle dit être en bon rapport avec ses deux parents bien qu'ils soient séparés. Pour elle, ces derniers

n'avaient pas eu assez de moyen économique pour lui offrir une bonne instruction. Cependant, elle pense qu'ils lui ont donné un peu d'éducation familiale. Elle affirme être très à l'aise avec sa mère, surtout pour pouvoir lui parler ouvertement et sans gêne de sa vie.

Si pou relasyon, m alez avek yo ni manman m menm si m pa leve ansanm avè papa m, se a manman m mwen leve, ni manman m, ni papa m m alez avè yo toulède men si se pou edikasyon familyal yo ban mwen l men si se pou edikasyon lekòl pa gen mwayen pou sa. Tout sa m genyen m di, tout sa m ap andire m di yo. Wi, m di manman e li pa menm kwe menm [...] (Juliette, 20 ans, [VS]).

En termes de relation, je suis à l'aise avec mes parents. En dépit du fait que je n'ai vécu sous le même toit que mon père, je suis très à l'aise avec lui. Mes parents m'ont donné une bonne éducation familiale. Cependant, ils n'ont pas pu me donner assez d'instruction faute de moyen économique. Je partage tout avec mes parents. Je leur dis tout à mon sujet. Pour ce qui est du VIH, j'ai mis ma mère au courant, mais elle ne me croit pas.

Julio est le seul à avoir déclaré vivre dans une famille nucléaire. Il dit avoir été obligé de quitter le domicile familial parce qu'il ne se sentait plus compris et protégé par ses parents. Il a du cohabiter avec un membre de sa famille qui selon lui a mieux compris sa situation.

Bon pou byen di w fanmi an li gen anpil bagay nan li paske y opa telman gen moyen tankou pou m ta di sa epi m pap viv avè yo akòz de sèk. Rezon ki fè sa se parapò m te vinn di yo ke map viv avèk viris la nan san m, yo tap plede malviv avè m m te vin oblije kite kay la m te al lòt kote kay yon kouzen. Tankou si yap bann yon bagay yo toujou ap di konsa pa gen moun ki te voye w al pran bagay mwen, maladi m pap ka viv avè yo avèk maladi a nan kay la, jis m te kite kay la (Julio, 19 ans, [VS]).

Pour bien te dire, ma famille n'a pas beaucoup de moyens. D'ailleurs, à cause de la maladie je ne vis plus avec mes parents. Après les avoir informé que je suis infecté par le virus, ils me créaient plein d'ennuis. Ils n'arrêtaient de me rappeler qu'ils ne sont pas responsables de mon infection. J'ai été donc obligé de quitter la maison pour aller vivre avec mon cousin.

2. Monoparental (avec son père)

Les enfants vivent le plus souvent avec leur mère dans le contexte haïtien. Il est rare qu'ils vivent avec un père monoparental. Ce cas est aussi rare parmi les jeunes rencontrés pour

cette étude. La relation que Rome entretient avec son père en est un exemple. Le fait d'être tous les deux infectés par le VIH les a rendus unis afin de faire face à la maladie. Ils sont comme deux frères selon les propos de Rome. Ils partagent dit-il, des informations relatives à la maladie et s'encouragent mutuellement pour prendre les médicaments.

Bon nou viv byen ke se papa m li ye men nou viv tankou 2 fre tou telman noua lez, m ki toujou ap bay l konsèy tou, m ba l medikaman tou paske m toujou ap konseye l pran yo, li toujou ap di m evite de fè yon seri de bagay, konsèy kap bon pou mwen tou (Rome, 19 ans).

Avec mon père, nous vivons comme deux frères, nous sommes à l'aise. Il me conseille sur tout et moi je lui donne ses médicaments, je lui conseille de les prendre toujours. Il me conseille d'éviter de faire une série de choses.

3. En compagnie de son père, vivre en famille reconstituée

Certains adolescents vivent avec leur père dans une famille reconstituée. Cette nouvelle famille se compose le plus souvent du père de l'adolescent (e), d'une belle-mère et des frères et sœurs issus de cette union. Selon les propos des jeunes interviewés, la présence d'une belle-mère semble influencer sur la relation père-adolescent. Le père semble ne pas toujours être à l'aise pour aborder certains sujets avec son enfant en présence de la belle-mère. Deux de nos participants vivent donc dans une famille reconstituée.

Ulrick raconte avoir des difficultés avec sa belle-mère à cause de sa maladie. Pourtant, Il dit que cette dernière aussi bien que son père ne lui a rien dit au sujet de la maladie. Les «problèmes» qu'il dit endurer du côté de sa belle-mère sont en lien avec certaines restrictions dont il fait l'objet par rapport à l'utilisation de certains objets de la maison.

Manman m ki mouri a, m pa ka pale w de li paske m pat gen tan rekonèt li. Bèlmè m nan se yon enfimyè li ye, pou m di. Mwen viv avèk yo ase byen tankou papa m, frè m nan avèk bèlmè m nan. Bèlmè m nan konn ban m ti pwoblèm nan afè malad m fè a nan konsènan de maladi m [...] Vle m pa dwe fè sa, kounye a m di l ki maladi m fè li pa vle di m. Se depi lè sa a m ap mande doktè a ki maladi m fè Papa mwen, li pa gen pwoblèm avè m paske li toujou ap ankouraje m pou m bwè medikaman yo, ni bèlmè m nan tou wi li toujou ap ankouraje m ; se kounye a ou konnnen m fin gran, m fin gen laj, se wè yo wè m ap bwè konprime m [...] (Ulrick, 20 ans).

Je ne peux pas parler de ma mère puisque je ne la connaissais pas. Ma belle-mère est une infirmière. Je vis avec eux assez bien (mon père, mon frère et ma belle-mère). Parfois, j'ai des petits problèmes avec ma belle-mère en rapport avec ma maladie. Quand je lui demande de quoi je souffre, elle ne veut pas me dire. C'est pour cela que j'ai demandé au médecin qui m'en a informé. Mon père m'encourage à prendre mes médicaments. Maintenant, je suis devenu grand, ils n'ont plus à me dire de prendre ma médication [...].

Josette de son côté a aussi vécu au sein d'une famille reconstituée. Contrairement à Ulrick, elle raconte que sa belle-mère était disponible pour elle et prête à l'accompagner pour ses visites médicales sans avoir eu connaissance de la nature de sa maladie. Elle dit que même si son père est au courant de sa séropositivité, il ne partage pas l'information avec sa belle-mère.

Bon avan mwen te abite kay papa m epi m te konn malad souvan souvan belmè m nan te al lopital avè mwen, epi apres komsa yo te konnen m te gen viris lan men yo pat janm di l sa e apre manman m vin paralesi yon bò kounye a la m al jwen manman m lot matant mwen ap pale m de sa epitou m vin eseye konprann, matant mwen an se yon enfimyè li ye. Li di m sa tou wi. Bon m toujou viv paske se li kite fè m. Relasyon yo nòmal. Men li pa di m kijan l trape maladi a e sa ki koz li tou fè 2eme strok la lè l konn li trape maladi a. Se yon aksidan serebro-vaskilè li te fè. Lè m tap viv avek papa. Li pat janm te konn di m anyen de sa. Wi papa m konnen, Pa belmè m nan (Josette, 19 ans).

J'habitais chez mon papa et j'étais souvent malade. Ma belle-mère m'accompagnait souvent à l'hôpital. J'ai comme l'impression qu'ils savaient que j'avais le virus sans me le dire. Au moment où ma maman devient paralysée, je suis allée vivre avec elle. C'est à ce moment que ma tante qui est infirmière m'a expliqué de quoi il s'agit. Ma mère m'en a parlé aussi. Cependant, elle ne m'a pas dit comment elle l'avait attrapé. Quand je vivais avec mon papa, il ne m'avait rien dit quoiqu'il soit au courant. Par contre, ma belle-mère n'en connaît rien.

4. La famille élargie, aussi une source de soutien pour les adolescents

- Une grand-mère du côté maternel**

Après la mère ou le père, des parents sur qui les adolescents peuvent compter, la grand-mère semble être la première personne de la famille élargie qui peut prendre le relais. Les

adolescents ayant fait référence à une grand-mère comme tutrice après le décès des parents ne sont toutefois pas nombreux.

Par exemple, Andréa est née à Jacmel, une ville située en dehors de la capitale haïtienne. À l'âge de huit ans, elle était déjà orpheline de ses deux parents. Depuis le décès de sa mère, elle vit avec sa grand-mère. Andréa témoigne de la tendresse que sa grand-mère manifeste à son endroit malgré les difficultés financières.

Bon, sa m te ka di, mwen pa leve avèk koman m te te ka di vrè paran, e maman m mouri depi lè m te gen 2 zan jou nesans, e papa m lè m te gen 8 tan, leve avèk granmè m e tati m ki jakmèl, pat gen move vi antre nou osito yo te vin konnen mwen malad. Se pa nan fè sèks mwen te pran l sete nesans yo te gen yon jan yo yo te konn sèvi avèk mwen, a pa de sa mwen vin rive nan yon laj, mwen fè timoun mwen vin déjà granmè m yap fè deside pou m al viv pou kom kounye a [...] (Andréa, 20 ans, [VV, AM]).

Je n'ai pas connu mes parents. Car ma mère est morte quand j'avais 2 ans et mon père lors de mon huitième anniversaire. J'ai été élevée par ma grand-mère et ma tante. Elles vivaient normalement bien avec moi, ce, même quand elles ont appris que je suis infectée par le virus. D'ailleurs, ce n'est pas par voie sexuelle que je l'avais attrapé, c'est par ma mère. Devenue grande et mère d'un enfant, j'ai décidé d'aller vivre seule [...].

Rose bien que sa mère soit vivante, vit avec sa grand-mère à Fontamara. Elle entretient dit-elle de bons rapports avec sa mère. Elle n'a pas connu son père. Elle a appris que sa mère a eu deux enfants décédés avant de la mettre au monde. Elle dit ne pas avoir beaucoup d'information au sujet de sa famille.

Bon papa m pat rekonèt papa, papa m pa tap viv ak manman, mwen jwenn manman ansanm avèk papa m li vin fè 3 pitit, 2 mouri e sèl mwen men ki rete men se yon mesye ki te rete pandan manman tap akouche a kite sove m, e sou twazyèm pitit la li te sove se sèlman sa m konnen sou manman m pa konn anyen ankò. Li la wi, manman li la. Non avèk grann mwen map viv. (Rose, 18 ans).

Je ne connais pas mon père. J'ai appris que ma mère a eu trois grossesses pour mon père. Deux des enfants sont morts, je suis la seule vivante. D'après ce qu'on m'a dit, c'est grâce à un accoucheur que je suis en vie. Je n'ai pas trop d'information de ma mère bien qu'elle soit encore vivante puisque je vis avec ma grand-mère.

5. Une tutrice naturelle ou désignée : une tante ou une amie des parents

Bon nombre d'adolescents interviewés relatent être orphelins des deux parents. Ils devront donc être pris en charge par un proche parent. En l'absence d'une grand-mère, une tante est la personne désignée pour être la principale tutrice. Dans la majorité des cas, une tante du côté maternel substitue aux parents décédés. Une majorité d'adolescents affirment être dans cette situation. Ils témoignent de leur gratitude par rapport aux sacrifices que ces personnes ont consentis pour les aider.

Par exemple, Joël ne fait pas de différence entre une mère et sa tante. Cette dernière fait tout son possible pour l'aider à évoluer comme tous les jeunes de son âge. Sa tante a davantage son admiration par le fait que son père est vivant et réside en Amérique du Nord, mais n'assume pas sa responsabilité paternelle.

Bon fanmi mwen, m kapab di m se yon anfan mono-parantal map viv avè matant mwen, manman m te mouri depi lè m te gen 6 zan papa m te vwayage, e avèk matant mwen tonton map viv. Bon pa gen diferans kòmsi se te a manman, papa m map viv e kòmsi se avè yo m ye. Papa m pa konn gran choz sou li, apropos de li men kòmsi depi mte tou piti bon m kwe m tap fè 4em ane depi lè sa l te vwayage (Joel, 19 ans).

Ma famille, je peux dire je suis un enfant monoparental et je vis avec ma tante. Ma mère est morte depuis que j'ai 6 ans. Mon père vit à l'étranger. Je vis avec ma tante et mon oncle. Je vis avec eux comme si c'était ma mère et mon père. Il n'y a pas de différence. Je ne connais pas grand-chose sur mon père. Je crois qu'il a voyagé depuis que j'étais en 4^{ème} année.

Farah est orpheline de ses deux parents depuis l'âge de deux ans. Elle dit n'avoir aucun souvenir de son père ni de sa mère. Elle vit avec sa tante, son oncle et sa grand-mère. Elle affirme n'avoir aucun problème, car tout ce dont elle a besoin, ses tuteurs le lui procurent.

Bon pou fanmi m nou pa gen anyen tout sa m bezwen yo ban mwen l. Manman m mouri papa m mouri a laj de 2 zan, m pat rekonèt yo. Avèk matant mwen avèk tonton m, grann mwen (Farah, 15 ans).

Pour ma famille, il n'y a aucun problème, car tout ce que j'ai besoin, elle me le donne. Mes parents sont morts quand j'avais 2 ans. Je ne les connais pas. Je vis avec ma tante, mon oncle et ma grand-mère.

Adline raconte que ses deux parents sont morts. Elle dit n'avoir aucun souvenir de son père. Elle se rappelle des moments qu'elle a passé avec sa mère, notamment quand elle la coiffait et jouait avec elle. Adline dit avoir les larmes aux yeux quand quelqu'un parle de ses parents. Adline dit être extrêmement reconnaissante envers sa tante. Celle-ci étant sa tutrice, elle fait de son mieux pour répondre à ses besoins.

[...] li pa janm bat mwen li mete m lekòl li di m fòk nou aprann li toujou byen okipe m li toujou voye je sou mwen, nou rete kafou li leyogàn, chak vire tounen li konn vin gade sim pa gen pwoblèm [...] Depi moun pale m de manman m avek papa m m gen dlo nan je. Toulède mouri. M pa finn konn papa m net non, m sonje manman m li toujou te konn ap fè jwet avè nou lè l pap fè anyen li toujou ap jwe avè nou. Li konn fè yon seri de ti jwèt avè nou li konn peyen tet nou, lè l ap penyen tet nou li toujou ap fè l avè nou (kriye) (Adline, 17 ans).

Elle ne me fouette jamais. Elle m'a mis à l'école, elle prend soin de moi. Elle me surveille toujours. Nous habitons carrefour et lui à Léogane. Elle vient nous visiter souvent pour savoir comment nous vivons, si nous n'avons pas de problème. Depuis que quelqu'un me parle de ma maman et de mon papa, je pleure. Les deux sont morts. Je ne connais pas trop bien mon papa. Je me rappelle de ma maman, elle jouait parfois avec nous dans son temps libre. Quand elle nous coiffait, elle jouait avec nous (pleure).

Alma vit avec sa tante qui est aussi sa marraine. Elle dit recevoir tout ce qu'elle a besoin de sa tante. Cette dernière la considère d'ailleurs comme sa fille. Elle dit être satisfaite, car celle-ci prend bien soin d'elle.

M pap viv ak manman m, map viv ak yon matant mwen, yo byen avè m, yo banm tout sa m bezwen, yo banm konsey, m pa leve ak manman m, m leve ak matant mwen li marenn mwen m te ret matisan 17 mwen vin kite zòn nan m al rete taba nan tòsel m ret la sa fè anpil tan yo sèvi avè m byen yo konsidere m konn pwop pitit yo, yo voye m lekòl yo viv byen avè m (Alma, 19 ans).

Je ne vis pas avec ma maman. Je vis avec ma tante, ma marraine. Elle vit bien avec moi et me donne tout ce dont j'ai besoin. Elle me considère comme son propre enfant. Elle m'envoie à l'école et fait tout.

Une minorité d'adolescents affirment que leur mère ou leur père avant de mourir a désigné une amie pour devenir leur tutrice. Ces parents selon les propos des jeunes, ont exigé que leur enfant soit sous la responsabilité de la personne qu'ils ont choisie.

Bertha raconte que son père semblait sentir venir la mort. Il a fait appel à une dame qui était son amie, et lui a confié sa garde. Il lui a dit de prendre soin d'elle et de ne la confier à personne d'autre. Bertha a mentionné que la dame avait toutes les informations relatives à sa condition de santé. C'est d'ailleurs elle qui l'accompagnait lors de ses visites à l'hôpital. Elle dit avoir de bonnes relations avec cette dame, et également avec son mari.

Se paske lè papa m ta pral mouri a li gen lè te santi l pral mouri yon jou li rele yon dam li di dam nan konsan li santi l pat viv si l ta wè l mouri pou l pran m pou li pa bay ankenn fanmi pa l ni pa bay ankenn fanmi manman m tou depi youn nan fanmi yo vin pran m lap kase kou m sou kont yo. Mwen alez avè yo, yo alez avè m dayè dam nan li konn tout bagay e li kite konn vin mache lopital la avèk mwen, li konn tout bagay se li menn avèk mari li a ki konnen apre sa lot moun pa konnen anyen. M viv byen alez wi m pa gen okenn pwoblèm (Bertha, 20 ans).

Mon papa, avant de mourir, il semble qu'il sentait qu'il allait mourir. Il a appelé une dame et lui dit qu'il sent qu'il va mourir et qu'elle devra me garder à sa place et ne doit me remettre à personne de sa famille ou de celle de ma mère. Je suis bien avec la dame. Elle sait tout de moi. D'ailleurs elle avait l'habitude de m'accompagner à l'hôpital. Elle et son mari sont au courant, et personne d'autre. Je n'ai aucun problème avec elle.

Jude dit se rappeler très bien de sa mère. Il affirme avoir été très attaché à elle. Il raconte avoir été très affecté par sa mort et pense toujours à elle avec tristesse. Il doit selon lui, se résigner et continuer sa vie. Il se rappelle que sa mère lui disait qu'il était très intelligent et qu'il doit continuer ses études. Il vit avec une amie de sa mère.

Byen, depi lè li fin mouri a. M te atache ave l anpil, depi lè l fin mouri a m pas santi m se mwen men ki la tou de tanzantan m oblige ap kriye, m oblige pa ka kriye paske m gen yon lot avni devan m m oblige se pa tout tan map panse a manman, m oblige vag sou sa. Li te renmen m, m se yon timoun ki entèligen anpil li konn di [Jude] yo ban m yon ti non bibi toujou kenbe sou etid ou, men m si m pa la, men lè l fin mouri a m te pèdi 2 zan lekòl, se sak fe m pata l lekòl kounye a la map fè segond. Yo byen boule avè m, se yon dam pitit granmoun nan m pa tèlman alèz avè l (Jude, 18 ans).

J'étais attaché avec elle. Depuis après sa mort, je ne me sentais pas bien du tout. Je pense à elle souvent et cela m'attriste. Je suis obligé de me résigner parce que je dois penser à mon avenir. Car je ne peux pas penser tout le temps à ma mère. Elle me disait toujours que je suis intelligent et que je dois continuer avec mes études même si elle n'est pas là. Après sa mort, je n'ai pas

fréquenté l'école pendant 2 ans, maintenant je suis en seconde. Je suis bien avec les gens de la maison sauf avec un enfant de la dame avec qui je ne suis pas à l'aise.

En résumé, à la différence des adolescents nés avec le VIH, les adolescents infectés par voie sexuelle ont leurs deux parents vivants. Cependant, parmi eux, un seul a vécu dans une famille nucléaire. Les trois autres vivent dans une famille monoparentale avec leur mère. Par ailleurs, un adolescent déclare vivre dans une famille monoparentale avec son père. Ce dernier est lui aussi séropositif. Nous avons noté que la famille élargie joue un rôle important dans la prise en charge des orphelins de père et de mère. Dans ce type de famille, on peut retrouver une grand-mère, une tante, une amie des parents décédés ou une cousine. Les femmes constituent largement les tutrices qui assurent l'éducation des adolescents.

Les adolescents évoluent dans un contexte social et familial précaire. Le dépouillement de la fiche signalétique (détaillé dans la section méthodologie) montre que les conditions économiques des parents ou tuteurs sont précaires. Ces parents sont pour la plupart des petits commerçants, des ouvriers, voire des chômeurs. Ils se sacrifient comme certains adolescents l'affirment en vue de subvenir aux besoins de leurs enfants. C'est donc dans ce contexte familial que s'établit l'interaction parents-adolescents.

b) Pratiques communicationnelles en famille au sujet du statut sérologique

Ce point traite du dévoilement, de la divulgation et du secret par rapport au VIH. Les deux premiers termes peuvent sembler être synonymes, mais ils présentent des nuances dans le cadre du VIH. Par contre, leur dénominateur commun réside dans le fait d'annoncer à une personne son statut sérologique. Toutefois, il faut se rappeler que nos participants ont été infectés par transmission maternofoetale pour un groupe, et pour l'autre par transmission sexuelle. Le dévoilement consiste pour un parent ou un soignant à mettre au courant de sa séropositivité un adolescent infecté au VIH depuis la naissance. Dans ce cas, il existe toujours une interaction active entre les parents des adolescents et les soignants de la clinique. Les adolescents de ce groupe ont passé toute leur enfance à consommer des médicaments

antirétroviraux, sans être mis au courant de leur statut, jusqu'au jour où ils interrogent leur famille ou leurs soignants, pour finalement découvrir la vérité. Alors que pour les adolescents infectés par voie sexuelle, ils ont été de leur chef à la clinique pour faire un test de dépistage et ont su leur statut sérologique à travers les soignants. Aucun contact n'a eu lieu entre la famille de ces adolescents et les soignants. Ainsi, la divulgation du statut VIH serait une démarche volontaire qui consiste à partager l'information avec des membres de sa famille sans l'intervention d'un soignant.

1. Au sujet du statut sérologique

Les jeunes infectés au VIH depuis la naissance rappelons-le sont soumis, depuis leur enfance, à la prise régulière de certains médicaments, sans pour autant connaître la nature de la pathologie pour laquelle ils sont sous traitement. À l'adolescence, ils veulent connaître la vérité et posent des questions à leur parent ou aux soignants. Informés de leur statut sérologique, ces jeunes gardent cette information secrète. Contrairement aux adolescents infectés par la transmission mère-enfant, ceux infectés par voie sexuelle ont fait une démarche personnelle de test de dépistage et ont reçu le résultat lors du counseling post-test par un soignant. Étant mis au courant de leur statut, ils décident de par eux-mêmes de divulguer cette information à leur famille ou de garder le silence. Dévoilement et divulgation font référence aux modes de transmission de l'infection et du processus de l'annonce du résultat sérologique.

- **Questionnement autour de la médication prise par l'enfant : dévoilement par les parents**

Les adolescents infectés au VIH depuis la naissance fréquentent le centre depuis leur enfance. Ils ont été suivis à la clinique pédiatrique puis référés à la clinique pour adolescent. Depuis leur enfance, ces jeunes sont sous les médicaments antirétroviraux (ARV). Ils prennent ces médicaments sans connaître la nature de leur maladie. Certains parents, se sentant dans l'embarras de dévoiler à l'enfant leur statut, ont choisi de ne pas partager cette information avec le jeune, du moins provisoirement. Cette situation peut durer jusqu'au milieu de l'adolescence. Certains adolescents se révoltent et arrêtent de consommer les médicaments. Ils

cherchent à connaître les motifs qui les portent à prendre indéfiniment ces pilules. Fréquentant une institution de santé qui fait la prévention du VIH et la prise en charge des personnes exposées ou atteintes par l'infection à VIH, ils ont une certaine suspicion et tentent de deviner et de se questionner sur la nature de leur maladie. À ce sujet, les données collectées auprès de ces jeunes montrent que pour les garçons, le dévoilement par les tuteurs se fait au plus tôt à l'âge de 13 ans et au plus tard à l'âge de 18 ans [13 - 18 ans]. Alors que pour les filles, il se fait au plus tôt à l'âge de 9 ans et au plus tard à l'âge de 17 ans [9 – 17 ans].

Certains adolescents ont eux-mêmes pris l'initiative de chercher à découvrir la vérité en questionnant leur entourage immédiat, notamment les soignants. C'est le cas entre autre d'Ulrick, en référence à l'attitude discriminante de sa belle-mère à son endroit, qui a cherché à connaître la vérité. Sa famille lui a menti selon ses propos. Il a donc décidé d'arrêter la consommation des médicaments puisqu'il ne savait pas pourquoi il les consommait. Lors de ses visites médicales, les médecins ont pu remarquer une baisse de son taux de CD4, ce qui peut être justifié par une prise irrégulière de ses médicaments. Profitant de ses rencontres avec son médecin, il lui a posé des questions à ce propos. Ce dernier l'a référé au psychologue qui lui a dévoilé son statut.

Jiskamentnan, y opa janm di pou ki sa m ap plede bwè konprime yo, ni m pa janm mande yo tou men m konn mande ki maladi m fè, yo ban m manti yo di se maladi lèzo w pa gen nouvell la y opa janm di m se pou VIH. [...] men m pat vle bwè konprime yo, yo wè sa sou CD4 mwen sou sistèm nan, yo mande m èske m bwè konprime yo, m bay manti, m di wi kounye a m panse yo t ap wè sa epi yo wè sa ; yo di m fò m al wè yon sikològ, [...] Sikològ la mande m èske m konnen pou ki sa m ap suiv bò isi a, m di l m pa konnen se wè m wè m ap bwè konprime yo, kounye a l di kon sa men pou ki tèl maladi VIH m ap suiv ; depi lè sa a m konnen [...](Ulrick, 20 ans).

Jusqu'à maintenant, ils ne m'ont jamais dit pourquoi je bois les comprimés. Je ne leur demande plus. Mais je sais de quoi je souffre. Ils m'ont menti, ils ne m'ont jamais dit que c'est le VIH. Cependant, je ne voulais pas boire les comprimés, les médecins ont pu le constater par le taux de mon CD4, puis ils m'ont référé auprès du psychologue. C'est ce dernier qui m'a mis au courant. De cette manière j'ai su que je suis infecté.

De son côté, après la mort de sa mère, Carla a découvert le résultat du test de dépistage de celle-ci dans son sac à la maison et a vainement demandé des explications à sa tante. Elle a seulement pu connaître son statut plus tard, par l'entremise des professionnels du centre.

[...] yo pat konn si m fek konnen m tale deboure yon bagay manman te genyen, le m gade m wè tès lan m di m wè bagay sa nan bagay manman m sa sa ye li di sa ou tal fè nan bagay manman w lan dat manman pa isit ki dwa ou, m di wè yon bagay manman tal fè tès li di ki dwa bagay. M di tati wap kache m yon bagay, map pran yon bann medikaman pou ki rezon, li di ou pa gen anyen ou menm e manman w ki te malad, e manman w ki te gen sida bagay [...] arive yon kote m vin deside swiv Gheskio[...] yo fè tès pou mwen, yo di ti pitit sa malad, yo banm medikaman yo komanse ap pran swen m, map pran medikaman m [...] (Carla, 16 ans).

Je venais de fouiller dans les affaires de ma maman, et j'ai découvert le résultat de son test VIH. J'ai demandé des explications aux gens de la maison, ils ne pouvaient pas me répondre. Ils étaient fâchés du fait que j'ai fouillé dans les affaires. J'ai dit à ma tante qu'elle me cachait des choses. Car je dois boire des médicaments sans savoir pour quelle raison. Elle me dit que je n'ai rien, c'est ma mère qui était malade avec le sida. Finalement, je suis allé faire un test. Et on m'a appris que je suis infectée.

Rome avait été malade et est venu se faire soigner au centre, le médecin lui a fait faire le test de dépistage et c'est de cette manière qu'il a été mis au courant de son statut par les professionnels du centre.

Se paske m te vin arive malad e m te vin suivi isi an yo fè tès lan yo di m enfekte (Rome, 19 ans).

J'étais malade, je suis venu au centre et on a fait le test et on m'a mis au courant. C'est de cette manière que j'ai appris la nouvelle.

Rose-Anne raconte qu'elle posait souvent des questions relatives à sa santé à sa mère quand celle-ci était encore en vie. À l'âge de 7 ans, elle était atteinte par le zona. Elle pensait auparavant qu'elle était atteinte de la tuberculose puisqu'elle devait prendre des médicaments sur une base régulière. Elle a été informée par l'infirmière de son statut sérologique par transmission verticale.

Non pa fwa m te konn ap poze manman m de kesyon, kounnye a m pa gen moun pou m poze kesyon paske avan lè m te tou pitit tout lè m te gen 6 zan 7 tan m gen zona leve sou mwen[...], li potko mouri [...] ou konnen m te piti epi doktè yo te konn pale mis yo epi chak jou pou mvini pran medikaman bon m vini ap gran li konn ap poze m kesyon e après sa li vin dim sam genyen sa pat two frape m, m te konnen m malad men m te konnen se tibèkiloz yo di m non se pat tibèkiloz, kounnye a vin ap pozel kesyon kounnye a oh se bagay sa m genyen a lèd de manman [...] (Rose-Anne, 19 ans).

Je savais poser des questions à ma mère. Elle n'est plus là, je n'ai personne à qui questionner. Quand j'avais 6 ou 7 ans j'avais le zona, elle n'était pas encore morte. Les médecins et les infirmières me disaient de prendre mes médicaments et me disent de quoi je souffre. Je pensais que j'avais la tuberculose mais j'ai posé la question e on me dit que je suis infectée par ma mère.

Alma raconte qu'elle avait l'habitude de fréquenter le centre en compagnie d'autres jeunes pour des activités ponctuelles. Elle a été convoquée accompagnée de sa tante à une rencontre avec un professionnel du centre. Comme cette dernière ne pouvait se présenter, elle était venue toute seule. C'est dans cette circonstance qu'elle a été mise au courant de son statut sérologique.

Mwen te konn vin la, mwen te konn nan aktivite ansann ak ti moun yo, m te konn patisipe ladann yon lè yo rele m epi m vin m te gen randevou avèk matant mwen li pat gentan mwen te vin pou kont mwen apre sa yo di m sa. [...] (Alma, 19 ans).

J'avais l'habitude de venir au centre dans des activités avec d'autres jeunes. Un jour, on m'a convoqué pour une rencontre accompagnée de ma tante. Comme elle ne pouvait pas venir, je suis venue toute seule et c'est à ce moment qu'on m'a mis au courant.

Des parents ont choisi de dévoiler au jeune son statut soit parce que celui-ci lui posait des questions, soit parce qu'ils pensaient qu'il était opportun de le faire à un moment précis. Par exemple, Marco a été mis au courant par sa mère sans trop grande difficulté. Il lui était facile de comprendre le message puisqu'il accompagnait régulièrement sa mère lors de ses visites médicales.

M konnen maladi a se yon maladi ou pran nan kontak sanginn epi nan fè seks tou, manman gen dwa bay timoun nan nan nesans li, mwen pat two konn kijan m te pran l men lè manman m ap vin eskplike m li di m gen de bagay pou m pa fè epi chak tan lè m vin la tou yap di m men kijan men kijan yo konn fè kan pou nou m ale m al pran plis enfòmasyon de maladi a epi yo di maladi a se yon maladi ki ka touye moun men depi ou swiv tout reg y oba ou, ou pran medikaman ou yo a lè jan y oba ou pou pran l ou ap viv tout tan ou te gen pou w vi vlan. M ka di depi m piti paske se depi m piti map swiv bò isi a avèk manman m (Marco, 18 ans).

Je sais que la maladie est transmise par transfusion sanguine et par contact sexuel. Une mère peut aussi la transmettre à son enfant lors de la naissance. Pour moi, je ne savais pas comment je l'avais attrapé. Je commençais à comprendre quand ma mère tentait de m'expliquer. Aussi quand je viens à la clinique, on me donnait des informations. On disait que la maladie peut tuer et qu'on doit prendre les médicaments. Je fréquente la clinique depuis de longues années, je peux dire depuis mon enfance accompagné de ma maman.

Josette a été informée de son statut sérologique par sa tante qui est infirmière. Sa mère lui a brièvement expliqué, sans dire comment elle-même a été infectée. Suite à la paralysie de sa mère, Josette est allée habiter chez son père. Ce dernier ne lui a rien dit concernant la maladie. Pour les visites médicales, Josette se faisait accompagnée par sa belle-mère pensant faussement que celle-ci était au courant de sa maladie. Elle a pris du temps avant de savoir que sa belle-mère n'en connaissait rien.

Bon avan mwen te abite kay papa m epi m te konn malad souvan souvan belmè m nan te al lopital avè mwen, epi apres komsa yo te konnen m te gen viris lan men yo pat janm di l sa e apre manman m vin paralesi yon bò kounye a la m al jwen manman m lot matant mwen ap pale m de sa epitou m vin eseye konprann, matant mwen an se yon enfimye li ye. Li di m sa tou wi. Bon m toujou viv paske se li kite fè m. Relasyon yo nòm. Men li pa di m kijan l trape maladi a e sa ki koz li tou fè 2eme strok la lè l konn li trape maladi a. Se yon aksidan serebro-vaskilè li te fè. Lè m tap viv avek papa. Li pat janm te konn di m anyen de sa. Wi papa m konnen, Pa belmè m nan (Josette, 19 ans).

J'habitais chez mon papa et j'étais très malade. Ma belle-mère m'accompagnait souvent à l'hôpital. J'ai comme l'impression qu'ils savaient que j'avais le virus sans me le dire. Au moment où ma maman devenait paralysée, je suis allée vivre avec elle. C'est à ce moment que ma tante qui est infirmière m'a expliqué de quoi il s'agit. Ma mère m'en a parlé aussi. Cependant, elle ne m'a pas dit comment elle l'avait attrapé. Quand je vivais avec mon papa, il ne m'avait rien dit quoiqu'il soit au courant. Par contre, ma belle-mère n'en connaît rien.

Comme Marco et Josette, Rose a été informée de sa maladie par sa mère. Elle dit qu'elle n'avait pas bien compris l'information que transmettait sa mère. Elle affirme avoir plus ou moins compris que sa mère a été infectée par son père et qu'elle a été infectée à travers sa mère. C'est surtout avec l'intervention des professionnels du centre que Rose a pu mieux comprendre le message que sa mère voulait lui transmettre.

Bon mwen byen ansanm avèk manman, mwen alez avèk li, li di m sa l genyen men mwen kòmanse konpran sal konn di m yo men mwen pa finn konn tout non. Li di m li gen yon maladi ki nan san li men se papa m kite genyen l se sèl sa l te di m. Kòman fè maladi sa se mwen men li vin pran, m vin gen maladi a tou, m vin ap reflechi ki maladi li ye men aprè m vin nan lopital sant geskio a, yo di m se yon virus m gen nan san m wi (Rose, 18 ans).

Je vis très bien avec ma mère. Elle m'a mis au courant de sa maladie. Je n'avais pas bien compris ce qu'elle me racontait. C'est à présent que je commence à mieux saisir ce qu'elle tentait de me dire. Elle me disait qu'elle a été infectée par mon père. Je me demande pourquoi moi dans tout cela. C'est quand je commence à fréquenter le centre qu'on m'a informé que je suis infectée.

Adline raconte qu'elle s'est rendu compte très tôt, que depuis longtemps, elle ingurgitait sans répit des médicaments. Elle dit avoir demandé à sa tante les raisons pour lesquelles elle consommait ces comprimés. Sans détour, sa tante lui a répondu à l'âge de 11 ans.

Depi m la, lè m te gen 11 zan matant mwen te dim sa, lè m wè map plede bwè medikaman, m di matant eske ou ka di m poukisa map bwè medikaman say o, li di wi kounye a li mete m chita, li eskplike m (Adline, 17 ans).

Je constatais que je prenais sans arrêt des médicaments, j'ai demandé à ma tante de me donner des explications à ce propos. Elle m'a tout raconté. J'avais autour de 11 ans quand elle m'a mis au courant.

- **Une dimension de secret à garder**

Le dévoilement du statut infectieux « d'origine verticale » représente une action difficile à entreprendre par les parents. C'est d'ailleurs ce qui fait que ce sont les soignants du centre qui transmettent le plus souvent l'information aux jeunes. Certains jeunes peuvent atteindre l'âge de 15 ans avant de connaître leur statut. Il n'est pas souvent aisé pour un parent de

dévoiler aux jeunes leur statut. Au début, cette information est connue par un parent et les soignants de la clinique. Ce, même si l'enfant vient régulièrement à la clinique pour ses visites médicales et consomme religieusement ses médicaments. On tenterait de dire que l'infection au VIH est de l'ordre de l'intimité et du secret. Les parents n'admettent pas que cette information soit ébruitée par crainte des réactions négatives des autres. Elle doit rester un secret entre les personnes clefs de la famille par crainte de discrimination ou de stigmatisation par leurs pairs. Le dévoilement, une fois fait, va créer chez les deux personnes en connaissance de l'information un lien plus étroit. Notons que trois acteurs sont en interaction autour de ce secret: le parent, le soignant et l'adolescent. Les deux premiers jouent le rôle de protecteurs du secret de l'enfance jusqu'au jour où l'adolescent s'interroge sur son état de santé. Pendant qu'ils sont en interaction active autour de la prise en charge du jeune, celui-ci est en interaction passive puisqu'il se contente de prendre ses médicaments sans poser de question. Après être mis au courant, il devient un acteur actif dans sa prise en charge. Le post dévoilement semble avoir des conséquences sur le comportement de certains adolescents. Par exemple, des adolescents font des tentatives de suicide, arrêtent de prendre les médicaments ou s'isolent par crainte de se faire pointer comme étant porteur du VIH. En outre, les adolescents se montrent plus en confiance à parler du VIH ou de leur infection avec un parent infecté ou qui connaît son statut sérologique qu'avec une autre personne. C'est une des raisons qui portent les adolescents à considérer la clinique comme aussi un foyer, un endroit où ils se sentent en sécurité, sans crainte de se faire critiquer ou juger.

Jeanne et sa mère sont toutes deux porteuses du VIH. Jeanne raconte que cette information reste secrète entre elles. Personne de la famille n'est au courant de leur statut. Elle dit craindre que les gens les ridiculisent s'ils apprennent qu'elles sont séropositives. Elles ont décidé de garder secret la nouvelle et elles continuent de prendre leur médication avec discrétion.

Maladi VIH la gen fanmi nou m mèt di, e mwen menm a manman m paske nou kenbe afè nou sekrè. Ni moun bò lakay la, ni fanmi nou, si yo ta konnen nou fè maladi sa a yo t ap pibliye l. Nenpòt moun yo wè men ke nou t ap pase y ap rele nou ladan n. Yo gen dwa kou yo wè n ap pase yo t ap di men moun kif è sida yo, atansyon pou nou pa fè l wi. Depi yo konnen yon moun kif è maladi sa a, se sa yo di. Kounye a mwen menm ak manman m nou kenbe pan ou an sekrè n ap bwè medikaman nou kon sa (Jeanne, 19 ans, [VV, A-M, TS]).

Pour la maladie du VIH, ma maman et moi nous tenons cette information secrète. Personne n'est au courant. S'ils le savaient, ils le publieraient. De ce fait, nous tenons notre information secrète, nous buvons nos médicaments.

Marco et sa mère sont tous deux porteurs du VIH. Ils le savent, mais les autres membres de la famille ne sont pas informés de cette situation. Ils tiennent à ne pas partager la nouvelle avec les autres. Marco affirme se sentir assez en confiance avec sa mère pour parler du VIH et pour discuter avec elle de la gestion de leur maladie.

Nou konn fè chita pale map pale de VIH la men san y opa konn si de mwen a manman m genyen l men nou 2 a konn chita ap pale de kijan moun gen maladi a men kijan moun ka pran l e ou pa dwe tou al gache vi ou nan fè move bagay (Marco, 18 ans).

Avec d'autres gens, nous parlons du VIH sans qu'ils sachent que maman et moi sommes infectés. Nous sommes les seuls à le savoir. Parfois, ma maman et moi, nous discussions sur les modes de transmission de la maladie. Et surtout comment on ne doit pas gâcher sa vie en faisant de mauvaises choses.

Rome et son père sont tous deux séropositifs. Cette information reste secrète même pour les deux filles de la famille, mais ils planifient de les mettre au courant au moment opportun. Les filles savent que leur père est sous médication sans savoir la nature de sa maladie. Ils ne savent rien du statut de Rome.

Bon bien entendu mwen menm avek papi m, m gen 2 sè youn kote de Santigo nan 5 ane medsin, lot lan li ap viv jeremi li nan 3èm ane Sc infimye tanto li konn vin isit men y opa konnen si m enfekte, yo toujou konnen papa m sou tretman san y opa konnen ki maladi li genyen, du tou pa. Ryen du tou, patelman paske lè nou wè tou se lot pwojè nou mete sou pye, nou menm tou pa telman bay bagay sa valè, nou fè tout sa doktè a mande n pou n fè, epi nou jere bagay pan n yon jan tou pou viv (Rome, 19 ans).

Mon papa et moi sommes infectés. Mes deux sœurs ne sont pas au courant. Elles savent toujours que mon papa est sous traitement sans savoir la nature de la maladie. Nous faisons tout ce que le médecin propose. Nous gérons de manière positive les choses afin que nous puissions vivre.

Ariane n'a que son père comme personne importante dans sa vie, ce dernier n'est pas infecté. Cependant, elle dit garder ce secret entre elle et son père. Elle discute avec son père et

se demande comment elle a pu être infectée puisqu'elle est née par césarienne. Son père n'a pas de réponse à la question et sa mère n'est pas là pour y répondre. Ariane refuse pour l'instant de partager cette information avec sa belle-mère, malgré le support qu'elle a reçu de celle-ci.

Nou gen dwa de sa lè l pa la. Avèk papa m, m debat yon sijè sou li. M konn ap poze kek Kesyon, tankou koman genyen l e li menm li pa genyen l epitou mwen m genyen l nan san m m pat fèt pa ba se sezaryèn m te fèt koman m fè m genyen kounye li di menm li menm li pa konnen e manman te konn al lopital si yo te wè sa yo tap tou di manman m sa, yo pat konn bay manman m medikaman pou sa (Ariane, 18 ans).

Nous discutons de ce sujet en l'absence de ma belle-mère. Avec mon papa j'aborde ce sujet. Je lui pose des questions. Par exemple, comment j'ai pu attraper le virus de ma mère puisque je suis né par césarienne. Il me dit qu'il ne sait pas tout puisque c'est ma maman qui fréquentait l'hôpital toute seule.

- **Choix d'informer ses parents : la divulgation**

Contrairement aux adolescents infectés par transmission verticale, les adolescents infectés par voie sexuelle se sont rendus eux-mêmes à un centre du VIH pour faire le dépistage suite à un comportement sexuel à risque. Ils ont donc appris leur statut sérologique dans une même tranche d'âge [16 à 19 ans] pour les deux sexes confondus. Après avoir été mis au courant de leur statut par un soignant, certains ont décidé de leur chef de partager cette information avec leur famille. Ces jeunes portent seuls la responsabilité de leur infection.

Julio raconte qu'il n'avait d'autre choix que d'informer ses parents du résultat du test de dépistage. Il pense que c'est normal de partager une telle information à des personnes aussi importantes que sa mère ou son père. À son étonnement, ses parents ont utilisé cette information pour l'humilier.

Non e manman m a papa m yo ye m oblije yon bagay konsa rive m, m oblije di yo sa avan kòmanse ale m te vinn di yo sa e konsa yo te konn reyaji m te vinn bay vag sou sa. Yo pa konn pale de bagay konsa avè m. Men apre ke m vinn di yo sa, yo pa pran tan pou yo pale avè m (Julio, 19 ans, [VS]).

C'est ma mère, c'est mon père, je suis obligé de les mettre au courant par rapport à ce qui m'arrive. Je suis obligé de les informer. Les gens de la maison ne me parlent pas de ces choses. Cependant, après les avoir informé de ma situation, ils ne me parlent presque plus.

Juliette dit avoir informé sa mère et son frère du résultat de son test. Elle leur a présenté la feuille sur laquelle le résultat est inscrit. Ils pensaient que c'était une blague et ne voulaient pas la croire. Juliette affirme n'avoir ressenti aucun rejet de la part de sa famille. Ils entretiennent avec elle la même relation qu'ils avaient avant de connaître son statut.

Wi, m di manman e li pa menm kwe menm, m gen yon lot frè m nan lakou a m pran papye yo m ba li epi yo di ou pa jan m pap fè blag, m di yo se sa jodi se li m di tout e lopital m ale yo di m rezilta a positif m di tou sa a tout epi l pa yon moun komsilè l vini konnen m konsa li mete m apa komsilè m se yon moun li imilye m konn ap manje m di ou pap ka manje nan manje sa non, li di m pa gen pwoblèm lap manje (Juliette, 20 ans, [VS]).

J'en ai informé à ma maman, mais elle ne m'a pas cru. Pour mon frère, je lui ai montré la feuille du résultat, il pense que je blaguais. Ces personnes n'allaient pas m'humilier. Ils n'ont aucun problème à partager ma nourriture avec moi sans crainte.

Roger raconte qu'il n'a pas tardé à informer ses parents du résultat du test de dépistage au VIH. Au premier moment, ils étaient étonnés de la nouvelle. Ils se sont repris par la suite après avoir obtenu plus d'information sur la maladie. Depuis, ce sont eux qui lui rappellent de prendre ses médicaments.

Bon pandan setan lè yo vin tande l la yon ou tija etone apre yo vin pa bay sa anyen e yo kap kouri dèye m pou m toujou bwè medikaman (Roger, 19 ans, [VS]).

Au premier moment, ils étaient étonnés d'apprendre la nouvelle. Peu de temps après, ce sont eux qui m'incitent à boire mes médicaments.

Les adolescents infectés au VIH depuis la naissance révèlent avoir débuté à consommer les médicaments antirétroviraux depuis la clinique pédiatrique sans pour autant avoir été mis au courant de leur statut VIH. Devenus adolescents, ces jeunes voulaient être informés de leur état de santé. Ils questionnaient leur tuteur qui peinait à répondre. Toutefois, certains parents ont pu surmonter leur crainte et ont partagé l'information avec leur enfant. Dans ce cas, un

secret s'installe entre les deux, surtout si le parent est aussi infecté. Les deux développent une complicité dans le secret et refusent de partager ce secret avec leurs connaissances. Dans certains cas, le dévoilement du statut VIH de l'adolescent se fait souvent par un professionnel, à cause d'une certaine gêne affichée par les parents. Pour les jeunes infectés par voie sexuelle, ils ont appris leur séropositivité par un conseiller en VIH de la clinique suite à un test de dépistage. Ces jeunes rapportent avoir divulgué volontairement l'information à leurs parents. Les réactions des parents varient d'un type de famille à l'autre. Les mères monoparentales sont dans l'étonnement, dans le doute et la méfiance alors que les parents de famille nucléaire sont dans la colère et le mépris du comportement de leur enfant. Étant dépositaires de l'information avant l'adolescent, les tuteurs du premier groupe présentent des réactions différentes de ceux du deuxième groupe. Pour avoir connu le statut de l'adolescent depuis son enfance, ils éprouvent le plus souvent de la tristesse, de la peur, de la culpabilité, du déni ou de la résignation par rapport à son statut sérologique.

2. Messages destinés à éduquer et protéger

L'amour et la sexualité constituent une préoccupation tant pour les adolescents que pour les parents. Certains parents sont gênés d'aborder ce sujet avec les jeunes. Ils utilisent souvent un langage détourné afin de les prévenir des dangers de la sexualité. On note à ce propos des messages ciblant davantage les filles et peu adressés aux garçons. Les parents haïtiens semblent, la plupart du temps, porter une attention plus soutenue sur la sécurité des filles et laissent une plus grande marge de manœuvre aux garçons.

- **Se méfier des hommes**

La méfiance des hommes (potentiel partenaire amoureux) constitue un message central transmis aux filles par les parents. À leur avis, il est facile pour une fille de se faire aimer par des hommes qui ne pensent qu'au plaisir sexuel. Selon ces parents, une fille infectée au VIH devrait avoir un comportement différent des autres filles.

Rose-Anne raconte que sa tante lui dit qu'elle est une belle jeune fille. Les hommes s'intéresseraient facilement à elle. Cependant, elle ne doit jamais oublier qu'elle est porteuse du VIH. Devant ce discours tenu par sa tante, Rose-Anne se demande comment sera son avenir amoureux et sexuel.

Bon pou tant mwen li toujou di m ou bèl ti fi se vre wap toujou jwen ti jen gason ki renmen w men pa bliye ke ou malad m di oh ! [...] m di wi lè m te gen mennaj kòman s pral fè di moun nan sa anplis si m ta vle men mennen yon vi pou m marye, fè pitit m pap kapab konsa m konn pale ak pitit li a nou konn pale de sa [...] (Rose-Anne, 19 ans).

Ma tante me dit toujours que je suis une belle jeune fille, que je trouverai des jeunes gens qui m'aiment. Cependant, je ne dois pas oublier que je suis malade. Je me pose des questions comment je vais me marier et faire des enfants.

Jeanne affirme que sa mère lui conseille de ne pas être une fille facile en amour. Elle doit se donner du temps pour s'assurer qu'une profonde intimité s'installe avant de s'engager dans une relation.

Manman m se sèl sa l konn di m si m jwenn yon moun pa kouri al lage kò m ba li kon sa. Si m ka sèvi ansanm avè l a kapòt kounye a la pou jan maladi a ye la pou l pa vin pi aji sou mwen. Pandan m te vin fè pitit (Jeanne, 19 ans, [A-M/TS]).

Ma maman a l'habitude de me dire si je trouve un homme, il ne faut pas m'engager trop rapidement dans des relations sexuelles. Elle me dit d'utiliser de préservatif afin de ne pas augmenter l'infection.

Pour Farah, elle a appris à ne pas s'engager trop rapidement dans des relations sexuelles, car les hommes peuvent profiter d'elle, sans avoir aucun projet d'avenir. Elle est exposée au risque de tomber enceinte et d'être abandonnée par le père, qui n'assumera pas ses responsabilités.

Non mwen poko genyen l non. Pa ale bonè se pa anyen yap fè pou ou. Paske gen malè ladan l. Kankou si pa egzanp yo ta ansent ou, yo pap okipe ou yap vire yo ale (Farah, 17 ans).

Mes parents me disent de ne pas entrer en rapport sexuel trop tôt parce que les garçons ne vont rien faire pour moi. Il existe beaucoup de danger dans les relations, comme par exemple devenir enceinte. Et après, le papa t'abandonnera et ne fera rien pour l'enfant.

- **Eviter des relations amicales surtout masculines**

Le déplacement des filles est bien contrôlé, contrairement aux garçons qui ont un peu plus de liberté. Les personnes qu'elles fréquentent doivent être connues des parents. Dans le cas contraire, les filles auront l'interdiction de côtoyer des hommes sans leur consentement. Ces derniers interdisent aux filles d'avoir des liens amicaux avec des pairs par crainte d'être influencées.

Carla explique que sa tante (sa tutrice) ne veut pas qu'elle ait d'amis et qu'elle doit rester à la maison sous la supervision d'un adulte. En sortant de l'école, sa tutrice s'assure qu'elle n'aille nulle part et qu'elle rentre à la maison à temps. Elle dit qu'elle n'a pas de temps libre et qu'on la fait même épier parfois par d'autres personnes.

Yo pa vle m pale avek zanmi yo vle se andedan kay selman pou m rete chak zanmi m pale yo fè moun pou mwen, menm pwop fanmi m ap di m tipitit sa pa two kole avel l paske l danje. Yo konn ap veye m gade kote m prale lè m pral lekòl yo voye moun al veye pou wè si m paf è wout krochi [...] (Carla, 16 ans).

Mes parents ne veulent pas que je fréquente des amis. Ils veulent que je reste à la maison tout le temps. Ils me surveillent afin que je n'aille nulle part d'autre que l'école ou là où ils m'envoient.

Alma ne peut pas non plus se faire des amis surtout avec les garçons. Pourtant, elle dit que dans sa zone de résidence, il existe beaucoup plus de gars que de filles. En ce sens, elle affirme avoir très peu de filles comme amie. Ces dernières étant plus âgées qu'elle, elles ne sont pas de la même génération. Elle se sentirait mal à l'aise en leur compagnie.

Bon tankou yo pa vle m gen zanmi, bo lakay la, e plis gason genyen, m pa gen zanmi fi men ki pi gwo jen fanm yo ye e pa nan stad mwen. Yo gen plis laj pase m, kounye a m ta ansanm ave yo yap fè m santi m pa byen (Alma, 19 ans).

Mes parents ne veulent pas que j'aie des amis. Pourtant, dans ma zone il y a plus de garçons que de fille. D'ailleurs, les filles de mon quartier sont plus âgées que moi. Je ne peux pas être en leur compagnie, car elles me feront sentir la différence.

Pour Claudette, sa tante n'accepte pas qu'elle ait des garçons comme amis. Elle la surveille, pour ensuite l'invectiver. Selon ses parents, le fait de communiquer souvent avec des garçons est le signe d'une fille facile.

Non komsì yap veye m de yon fason, se pa yo pè, yo ta renmen ke soti m kon sa fet la pou ta pale, gad koman yon ti fi cho komsì pou yo pale mal de ou, se sak fè yap veye ou, yap siveye w pou we si se pa yon tifi cho oubyen pale a ti gason (Claudette, 16 ans).

Les gens de la maison me surveillent tout le temps. Ils me font savoir que je suis trop agitée et chaude. Ils aiment dire du mal de moi. Ils ne veulent pas que je parle avec les jeunes du quartier.

- **Attendre d'être prête**

Les filles sont la cible principale des messages véhiculés par les parents ou par les tuteurs, surtout en ce qui se rapporte aux relations amoureuses et sexuelles. L'abstinence est ce qui est préconisé aux filles, notamment parmi les plus jeunes.

Marise a appris de ses parents qu'elle est encore mineure et ne devrait pas s'engager dans des activités amoureuses. Elle dit avoir écouté et compris le message de ses parents. Marise affirme avoir mis en pratique leurs conseils.

Non m pa nan bagay sa yo. Li toujou di m poko rive nan nivo pou m nan bagay renmen. Lè l pale avè m m toujou koute l tou (Marise, 16 ans).

Je ne suis pas dans ces genres de chose. Mes parents me disent que je ne suis pas encore grande pour me lier en amour. Quand on me parle, j'écoute ce qu'on me dit.

Pour Arielle, ses parents la conseillent d'éviter de se lier en amour avec un partenaire et de s'abstenir des relations sexuelles.

Li pa konn di m de bagay fè bagay non, li konn di m pa al nan fè bagay kounye a tankou si m ta al nan relasyon a yon jen gason, m konn vin la tou yo di m konsa si m pral relasyon fòk mwen mete pwotèj (Arielle, 18 ans).

Ils me disent de ne pas m'engager pour le moment dans des relations sexuelles, ni des relations amoureuses. A la Clinique on me dit que si je devrais avoir des rapports sexuels, il faudra utiliser un préservatif.

Pour sa part, Alma raconte qu'elle a appris de ses parents d'attendre d'être prête avant de s'engager dans des relations amoureuses et sexuelles. Elle dit avoir reçu de bonnes explications de ses parents à ce sujet.

Pinga m al nan relasyon seksyèl san m poko pare, m al nan renmen. Men lè yo ap pare, ni al nan renmen. Jan yo pale, yo mete m chita epi yo komanse ap esplike m de bagay kip ase yo koman (Alma, 19 ans).

Mes parents me disent d'éviter les relations sexuelles, car je ne suis pas encore prête pour ces genres de chose. Ils me parlent et m'expliquent des choses qui se sont passées.

Ariane dit avoir appris de son père qu'elle doit s'abstenir des relations amoureuses et sexuelles à cause de l'infection au VIH, pour ne pas aggraver son état de santé. Il lui a proposé d'en discuter avec son médecin pour avoir plus d'information à ce sujet.

Pou bagay sa papi m pale avè m, papa m di m si ou gen maladi sa ou ta nan renmen olye maladi sa ta diminye sou ou se ogmante lap ogmante olye pou l ta diminye si ou al fè seks ak moun si moun nan te genyen l e ou men ou te genyen tou, kounye a le moun nan gentan fò fè prekosyon. Wi nou konn pale sou sa. Jis li dim tan n si yon lè ou ta vini nan fè pitit la pou pale a Doktè pou pitit la pa genyen l (Ariane, 18 ans).

Mon papa m'a parlé de ce sujet. Il me dit que c'est risqué d'être infectée et se lier en amour ou avoir des relations sexuelles. Cela peut selon lui augmenter l'effet de l'infection. Il me dit de parler avec le médecin au moment opportun de ce sujet quand je serai prête.

- **Se concentrer sur ses études et éviter les liens amoureux**

La grossesse à l'adolescence fait aussi partie du message transmis aux filles par les tuteurs. Ces derniers ont parfois une attitude menaçante par rapport à l'idée que l'adolescente puisse avoir une grossesse précoce.

Juna rapporte que ses parents lui conseille toujours de prendre des précautions afin d'éviter de tomber enceinte. Pour eux, elle devrait se concentrer sur ses études afin de pouvoir venir en aide, à l'avenir, à ses deux sœurs. Juna affirme avoir compris le message. Elle trouve que l'idée derrière ce message est positive.

Ni yo konnen wi, tout moun konnen. Nou konn pale. Yo mandem sim fe bagay, lé fe bagay sim mete kapot m di wi men m toujou mete yo aléz. Fom m pa al lage tet mwen, pou m pa al ansent kounyea degagem pou finn lekol interese ak sa, poum wé sim ka ede lot 2 ti sém yo. M koprann ni, mwen we 3 bon ide kel ban mwen (Juna, 18 ans).

Ils sont tous au courant. Ils m'avaient demandé si je suis sexuellement active et si j'utilise de préservatif. Je leur ai dit la vérité. Ils me conseillent de prendre des précautions pour ne pas être enceinte. L'important c'est de terminer mes études afin de pouvoir aider mes 2 petites soeurs. Je comprends et je pense que les idées sont bonnes.

Fernelle pour sa part évite d'avoir des amis afin de ne pas se faire invectiver par ses parents. Discuter avec des garçons constitue pour eux un risque potentiel de grossesse. Pour ses parents, ce serait un échec si elle tombait enceinte. Ils ont menacé de la forcer à quitter le domicile familial si cela se produisait.

Depi ou wè map pale a ti gason yo toujou ap kouri dèyè m yap di ou ap pale ak ti gason talè ou ap vin gwos lè yap pale avè m m toujou ap kouri pou moun pa pale avè m m pa vle al pran echec, m pa vle al nan renmen kounye a. [...] men moun lakay mwen toujou ap banm presyon depi ou fè l wap sesi, ou ap ansent e depou ou ansent lan ou ap deyò e mwen pa gen lot moun se sel yo m genyen. (Fernelle, 19 ans).

Ils me paniquent toujours dès que je parle à un garçon. Ils disent sans attendre je peux devenir enceinte. Pour cela, j'évite de parler aux gars. Je ne veux pas connaître d'échec. Ils me menacent de me mettre à la porte si je deviens enceinte.

De son côté, Adline rapporte que ses parents lui disent d'éviter de fréquenter les garçons pour qu'elle ne tombe ni enceinte, ni qu'elle contracte d'autres maladies transmises sexuellement. Ils conseillent la protection lors de tout rapport sexuel.

Yo di m si m pa al nan ti gason, pou m vin ansent, m ka ansent lè fini m ka pran lot move malady epitou fò m pran prekosyon tou si m ta gen yon menaj si m pral nan fè seks avè l pou m pwoteje tet mwen avèk kapot (Adline, 17 ans).

Mes parents me disent ne pas fréquenter les garçons pour ne pas être enceinte. Je peux non seulement tomber enceinte mais également attraper d'autres infections sexuellement transmissibles. Ils m'ont conseillé de penser à l'utilisation de condom au cas où je m'engage dans ces genres de relations.

- **Porter un préservatif lors de tout rapport sexuel**

Le sujet relatif à l'usage de préservatif n'est pas aisé à aborder par les parents. Toutefois, ils tentent de prévenir les jeunes filles lorsqu'ils sont certains qu'elles sont actives sexuellement. Généralement, les tuteurs sont hostiles à l'idée d'activités sexuelles à l'adolescence.

Bertha a appris de ses parents qu'il n'existe rien de sérieux dans ce monde. L'important est de se respecter, de ne pas fréquenter des gars ayant un comportement douteux. Elle doit apprendre à bien gérer sa vie et à se protéger.

Wi, komsì yo pa kenbe m di lakay mwen non tout dayè yo pa kenbe nou di menm si yo toujou ap fè lekòl avè nou, deyò a pa gen anyen serye se pou nou pran swen tèt nou, pran prekosyon pinga nou frekante nenpòt moun brejinn ki nan lari yo pinga nou mennen yo lakay nou. Komsì pou n pran prekosyon pou n gere tèt nou tankou si ou renmen avèk yon moun pou n gere renmen an tankou al nan fè seks ansanm a moun nan pou ou (Bertha, 20 ans).

A la maison, ils ne sont pas trop sévères avec nous. Ils nous parlent toujours en disant qu'il n'y a rien de sérieux dehors afin que nous puissions prendre soin de nous, prendre des précautions. De plus d'éviter de fréquenter des vagabonds. Si on devait avoir un partenaire, il faut toujours penser à se protéger.

Josette a appris de sa tante la prudence laquelle consiste à utiliser entre autres, un préservatif lors de tout rapport sexuel. Selon sa tante, Josette ne devrait pas s'engager dans une relation amoureuse à cause de l'infection à VIH.

Bon pou relasyon matant mwen an di m konsa pou m pridan, pa nan kontak seksyèl san kapot selman sa matant mwen toujou di m. Avantou li te di m mwen pat sipoze renmen epi m te konn pran fòmasyon tou delam 31 mezon lakanzyèl li te konn fè fòmasyon sou sante primè avèk nou reskonsablite seksyèl yo te aprann nou kijan pou n fè. Pou m toujou pridan pou m pa al nan relasyon san kapot. Wi epitou menaj mwen an li isit (Josette, 19 ans).

Ma tante me dit que je dois être prudente. De ne pas m’engager dans des relations sexuelles sans condom. Elle dit que je ne devais même pas avoir de relation amoureuse. Prudence et utilisation de condom sont des conseils qu’elle me donne.

Girma affirme avoir appris de ses parents que la sexualité est une activité dangereuse. Ils la mettent en garde contre une surinfection et l’invitent à ne jamais oublier de se protéger. La protection est très utile puisque selon les parents, elle est infectée et elle consomme déjà des médicaments.

Li konn di m trè trè danjere. Atansyon sitou ou pral kouche ak yon nèg la a, fò w mete kapòt sitou ou déjà gen maladi a pou w pa enfekte plis sou ou. W ap bwè medikaman (Girma, 20 ans, [VV/TS]).

Mes parents me parlent des relations sexuelles en me disant que c’est dangereux. Ils me disent de faire attention, car si je veux entrer en rapport sexuel, il me faut utiliser un condom afin de ne pas augmenter mon infection. D’autant plus que je suis sous médicaments.

En définitive, les femmes représentent la principale figure d’autorité dans la majorité des familles identifiées dans l’entourage des adolescents (Trouillot, 2010). Elles sont donc responsables entre autres de l’éducation des jeunes. Elles éduquent leurs enfants avec une main de fer afin que ces derniers puissent réussir leur vie. Elles n’hésitent pas à utiliser le châtiment corporel, des injures, des menaces verbales ou physiques afin de contraindre les adolescents à adopter un comportement irréprochable (Bijoux, 1990). Ces femmes sont dans la majorité des cas peu scolarisées et vivent dans des conditions économiques précaires. Elles ne sont pas outillées pour accompagner les adolescents vivant avec une maladie chronique. Le VIH étant une infection encore stigmatisée dans la communauté, les familles font tout pour garder secret l’infection d’un de leur proche. À cause de toutes ces raisons, le dévoilement du statut sérologique à un adolescent devient difficile à faire par un parent.

La communication sur l'amour et la sexualité est taboue au sein de la famille. Comme l'infection au VIH, ce sujet est peu abordé. La manière d'éduquer le jeune à ce propos consiste surtout à le menacer d'éviter certains comportements. Les filles témoignent davantage que les garçons sur les messages véhiculés par leur tutrice à propos de l'amour et de la sexualité. Les messages parentaux sont classés en six catégories et sont transmis sous forme de valeurs et de normes que les adolescents doivent mettre en application. Ils sont ainsi nommés : 1. Garder un secret par rapport au VIH. 2. Se méfier des hommes, ils ne feront rien de bien pour toi. 3. Eviter de se faire des amis, surtout ceux du sexe masculin. 4. S'abstenir de relations amoureuses ou sexuelles car il faut attendre d'être prête. 5. Eviter une grossesse car mieux vaut se concentrer sur ses études. 6. Se protéger avec un préservatif pour tout rapport sexuel. Les valeurs et les normes exprimées et identifiées à travers ces messages sont orientées autour du secret qu'il faut garder par rapport à l'infection au VIH, de la méfiance dans les rapports homme-femme, de la maturité, des études comme priorité de vie, de l'abstinence sexuelle, et de la protection sexuelle.

Section 2. Interaction perçue avec les soignants

Cette deuxième section traite de la relation entre les adolescents et les soignants de la clinique pour adolescents. Des spécialistes des sciences de la santé, des sciences humaines et sociales et d'autres professionnels ont conjugué leur savoir en vue de prendre en charge les jeunes à la clinique pour adolescents des centres Gheskio. Ces soignants sont constitués de médecins, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'agents de terrain et de pairs éducateurs. Cette section met en relief les témoignages des adolescents par rapport aux interventions des soignants. L'observance thérapeutique et la protection sexuelle sont deux termes qui retiennent l'attention des jeunes lors des sessions de groupe ou lors des rencontres individuelles. Ils n'ont que du bien à dire des soignants, car selon eux, sans ces soignants, ils seraient déjà dans la tombe.

a) Comme des membres de la famille

Les adolescents interviewés ont exprimé leur reconnaissance par rapport aux interventions des soignants à leur endroit. Certains de ces adolescents ont d'ailleurs été suivis aux centres depuis leur naissance. Ils ont développé une relation d'attachement avec ces professionnels qui les ont pris en charge depuis longtemps. C'est à cause de ce lien que ces jeunes déclarent avoir considéré ces soignants comme leurs parents, comme des membres de leur famille.

Dans son extrait d'entrevue, Martin affirme avoir un profond respect pour les professionnels de la clinique à cause de leurs attitudes positives envers les adolescents. L'empathie qu'ils dégagent dans leur rapport avec les jeunes fait de la clinique un endroit agréable à fréquenter selon les propos tenus par cet adolescent. Cette chaleur humaine qui se dégage de la clinique, donne l'impression que les adolescents sont dans le foyer familial. C'est d'ailleurs, ce qui amène Martin à considérer ces soignants comme une famille.

Kom lè ou rantr nan lopital konsa, nan klinik adolesans an ou konn pa menn wè epi yo rele ou pou yo salye ou, yo se vreman yon fanmi l ye antou paske yo pran swen nou yo ba nou konsèy de tout bagay. Bon pou mwen isit la kom se yon fanmi li ye pou mwen, m wè doktè yo apre sijè m, yo apresye moun, m renmen fason yo e mwen men m toujou alez a tout moun tou, moun sa yo m twouve yo koul (Martin, 17 ans).

Quand on vient à l'hôpital, à la clinique pour adolescent plus précisément, parfois on ne voit même pas un soignant, et il te salue. Les professionnels de la santé sont vraiment une famille. Ils prennent soin de nous, ils nous fournissent des conseils sur presque tout. En ce qui me concerne, les gens d'ici représentent une famille. Les médecins apprécient tout le monde, j'aime leur manière. Je les trouve sympatiques.

Andréa aussi affirme avoir considéré les soignants comme sa famille. Elle se rappelle de deux soignants en particulier qui sont intervenus afin de soulager sa douleur, bref pour lui sauver la vie. Elle se dit reconnaissante envers ces personnes qui lui ont prodigué de bons conseils dans ses moments de détresse.

Byen, yo konsidere m kom yon fanmi, a chak lè ke mwen gen randevou, doktè Ber li toujou, lè m te fek vin swiv pòtoprens, li te tjou ap ban m konsèy, paske m pa twò bon. Akòz li vin kite jakmel, li te vin ap rate medikaman an, lè ke m vin retounen sou tretman anse yo men, ki te mete sa an chaj, yo toujou ap konseye m, a chak randevou yo voye m al wè sikològ, a lepok se te Pas ki te la [...] (Andréa, 20 ans [VV; MA]).

Ils me considèrent comme un membre de la famille. À chaque rendez-vous, Dr Ber me donne toujours des conseils parce que je ne prenais pas mes médicaments. J'avais quitté Jacmel pour habiter à Port-au-Prince, ce déplacement avait affecté ma prise des médicaments. À cause de cela, ils me conseillaient de prendre ma médication.

Girma abonde dans le même sens que les deux adolescents précédents. Pour elle, ces soignants sont considérés comme ses parents. Elle affirme n'avoir aucune crainte à parler des sujets intimes en leur présence.

O isit la m santi m alèz. Anfòm, yo pale avè ou, a komsi e yon manman papa y oye pou mwen, m alèz ave yo, m gen yon pwoblem, m di ah m gen yon pwoble m la wi ou ka ede l di wi, tel jan tel bagay, m pa gen kapot la non ban yon ti kapot komsi m sati ou alez, kouman lakay mwen m ye, m santi m ta domi ou we si gen kay la m rete, a m santi m alez. Jan yo ye avè m nan, yo alez ave m, yo banm medikaman yo ba w konsey e si w vle pran konsey yo tou (Girma, 20 ans [VV; TS]).

Oh je me sens à l'aise ici. On nous parle comme une mère ou un père. Si j'ai dit j'ai besoin de quelque chose, ils sont prêts à me l'accorder. Je suis à l'aise pour demander des préservatifs. Je suis à l'aise comme si je suis chez moi. Ils me donnent des médicaments. Ils me conseillent, je me sens vraiment à l'aise.

b) Source d'assistance-conseil

Les prestataires de soin interviennent à différents niveaux dans la prise en charge des adolescents infectés au VIH. Des séances d'assistance-conseil sont organisées en vue d'informer, d'éduquer et d'interagir avec les jeunes sur des sujets tels que la santé, la sexualité, la protection sexuelle, la grossesse précoce, l'observance thérapeutique ou d'autres sujets d'intérêts pour les jeunes.

Joel se rappelle de son état de santé lors d'un suivi à la clinique. Il raconte avoir été gravement malade. Il affirme que grâce aux interventions des soignants, son état s'est amélioré et il va de mieux en mieux. Selon lui, les informations qu'il a reçues de ces experts lui ont permis de reprendre confiance dans la vie. Après des rencontres avec différents spécialistes, il affirme vivre avec l'infection comme une personne normale.

[...] yo te poze dè kesyon, èske m fè sèks deja m te repon n yo non, aprè yo di m èske yo dwe met paran w okouran, oubyen nap kènbe sa o sekre, m te di non map di paran m sa epi yo te di m pa bezwen pè depi ou swiv tretman, ou pran medikaman byen, bwè medikaman yo, map viv nòmal men m jan a yon moun ki san VIH la nan san l (Joel, 19 ans).

Ils m'avaient posé la question à savoir si je suis actif sexuellement. Je leur ai dit non. Ensuite, ils voulaient savoir si je voulais mettre mes parents au courant ou si je veux garder le secret. Je leur ai dit que je mettrai mes parents au courant. Ils m'ont conseillé en disant qu'ils vont me mettre sur médicaments. Selon eux si je les prends, je pourrai mener une vie normale.

Rose-Anne raconte qu'elle fréquente la clinique depuis plus de sept ans. Elle dit être familière avec tous les soignants de la clinique. Elle se rappelle comment elle était bouleversée en apprenant son infection. Des soignants dit-elle, ont répondu à ses inquiétudes et l'ont aidée à mieux comprendre la maladie.

Bon sa fè lontan, m gen nènpòt 7 tan map swiv nan klinik la [...] m vin nan adolesan tout moun konnen m trè trè byen. Oh ! m te konn ap kriye lè sa m te piti, m di mis mwen tèt bagay kap fè m mal li di ok map fè ou wè yon sikoloj, doktè a m konn ap poze doktè de kesyon si m ta vin arive pou m ta marye, pou m ta vwayage m pap ka vwayage m ret ap poze kesyon sou sa, se sa li menm tou li reponn li pa kache m (Rose-Anne, 19 ans).

J'ai plus de 7 ans depuis que je suis à la clinique. Je suis venue à clinique pour adolescent, où tout le monde me connaît. J'étais triste et je pleurais beaucoup, j'ai expliqué ma situation à l'infirmière, elle m'a référée auprès du psychologue qui m'a écoutée. Je lui ai demandé si je pourrai me marier, voyager. Il m'a répondu et ne m'a rien caché.

Juliette quant à elle parle de sa satisfaction de sa prise en charge par les soignants. Elle se dit particulièrement satisfaite des conseils de prévention, surtout à l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels et de la consommation des médicaments antirétroviraux.

Mpa gen pwoblèm avèk yo non, m toujou pale ansanm avèk yo, yo toujou banm de konsèy tou. Yo toujou konn di m lè map fè bagay met kapòt swiv medikaman y opa rate randevou bwè yo chak jou, fè moun lakay mwen konnen. Fò m fè mennaj mwen an konnen sa lè m te ak mennaj mwen (Juliette, 20 ans [VS]).

Je suis très à l'aise avec les professionnels d'ici. Ils donnent toujours des conseils. Ils me disent toujours d'utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels. En plus, ils conseillent de boire toujours mes médicaments et de ne rater jamais mon rendez-vous médical. Ils me conseillent aussi de discuter avec mon partenaire au sujet de l'infection au VIH.

Martin raconte que les soignants abordent divers sujets avec lui. Il dit avoir reçu des conseils relatifs à la prise des médicaments et à l'utilisation de préservatifs. Ils le questionnent sur sa vie sexuelle dit-il, dans des rencontres individuelles et lui fournissent des conseils par rapport à sa situation.

Yo konn di nou bwè medikaman non, yo ban nou konsèy yo di nou ale lekòl, yo ede nou pafwa tou - se konsa. [...] Hum de konsèy yo konn bann mwen, gen defwa yo konn mete m chita yo mande m èske m nan relasyon m di non e yo di si m nan relasyon si m map bay manti met pwotèj yo konn pafwa yo konn longe pwotèj la ban mwen m di non m ap bezwen sa pou lemoman, yo konn di bwè remèd mwen yo aprè yo bann (Martin, 17 ans).

Ils me rappellent toujours de boire mes médicaments. Ils me conseillent de continuer avec mes activités scolaires. Ils reçoivent parfois dans leur bureau et questionne sur mes relations amoureuses. Ils me racontent l'importance de me protéger lors des rapports sexuels.

- **Le leitmotiv de la protection sexuelle : le port du condom**

La sexualité à l'adolescence est l'un des nombreux sujets abordés par les soignants auprès des jeunes dans la clinique pour adolescents. Ces professionnels savent que l'adolescence est une période critique en matière de sexualité. Ils sont formés afin de pouvoir intervenir auprès de cette population. En ce sens, ils utilisent toutes formes de stratégies en vue de faire la prévention du VIH et d'autres infections transmises sexuellement.

Judith raconte que les intervenants lui posent parfois des questions sur sa vie amoureuse. En fonction de sa réponse, ils lui donnent des conseils en rapport avec sa situation. Elle dit

avoir appris des soignants l'importance de l'utilisation de préservatif afin de ne pas infecter son partenaire.

[...] lè fini lè w ap fè sèks tou pou yo mete kapot, yo pale w de tout bagay. Tankou yo toujou ap mande w si w gen menaj si menaj pa malad bagay sa yo Yo kom di ou si menaj la pa malad se pou ou pwoteje l, se pou m mete prezèvatif pou ou pa bay lot menaj VIH lan, yon pakèt bagay (Judith, 19 ans, [VS]).

Ils me conseillent d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels, ils me demandent parfois si j'ai un partenaire amoureux. Ils me rappellent d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels afin de ne pas infecter mon partenaire. Ils racontent plein d'autres choses.

Jeanne affirme qu'en plus de l'utilisation de préservatifs, les soignants insistent avec elle sur les méthodes de contraception. Ils parlent aussi des antirétroviraux qui doivent être pris quotidiennement.

[...] Yo konn di nou fò nou fè planin, fò nou jere tèt nou si nou gen pitit déjà paske jan maladi a ye, ou pa kapab ap plede fè pitit, fè pitit. Wi poutèt sa m pran planin, pou m pa al fè lòt timoun avèk medikaman m, m toujou pran medikaman, m pa sote jou. M konn fè yon esè m pa bwè medikaman, m konn fè 2, 3 jou m konn vin santi m pa nan nòmal mwen, m pa menm jan m te ye a (Jeanne, 19 ans [VV; MA; TS]).

Ils nous parlaient parfois de contraception. En outre, ils nous disaient de penser à notre vie, car si on a déjà un enfant, on ne devrait pas en avoir trop. À cause de cala, je prenais de la contraception afin de ne plus avoir d'enfants. Pour les médicaments antirétroviraux, je les prends toujours. Une fois j'avais essayé de ne pas les prendre, je ne me sentais pas bien. Je me sentais vraiment mal.

De son côté, Maryse raconte que les intervenants lui apprennent comment se comporter dans ses relations avec des jeunes hommes.

M toujou, lè m ap pale avèk yo de sa yo toujou fè reyinyon pou mwen, yo toujou di m bwè medikaman yo met sa nan tèt mwen. Wi, yo toujou di m sa, yo toujou di m pa al kouri nan tigason. M kenbe tout sa yo di m yo (Maryse, 16 ans).

Conversant avec eux, lors des réunions ils me conseillent toujours de boire mes médicaments. Ils me conseillent de ne pas me lier en amour trop tôt. J'ai retenu toutes les informations qu'ils m'ont données.

Pour Joel, les rencontres hebdomadaires avec les soignants lui permettent de mieux comprendre les modes de transmission de l'infection à VIH et d'autres infections transmises sexuellement, mais aussi de connaître les moyens de prévention dont il peut se servir pour éviter de se faire infecter.

Bon m kapab di konsa se moun ki gen VIH yo pa diferan pa rapò a lot moun yo se yon moun nòmal sèlman yo gen VIH y opa dwe met sa nan tèt yo pou boulvèse yo paske si yo pran medikaman an jan yo ta dwe pran l lan yap viv nòmal paske pa gen diferans ant moun ki gen VIH ak moun ki san VIH la, de nos jou moun ki gen VIH lan si l pa di w si l genyen l ou pap ka wè si l genyen l. Bon lè m konn vini le vandredi, m kwe gen yon jou ki pale de sa men m de sèks, yo konn pale kijan ou atrape maladi a 3 fason ou ka atrape maladi an kisa pou w fè pou w pa atrape maladi an, de sa yo pale (Joel, 19 ans).

Je peux dire que les gens qui sont infectés par le VIH ne sont pas différents de ceux qui ne le sont pas. La prise régulière des médicaments par les gens infectés les protégeraient et pourraient même mener une vie normale. Chaque vendredi, les professionnels rencontrent les jeunes pour leur parler de différents sujets comme, le sexe, les 3 modes de contamination de la maladie, et comment se prévenir de l'infection.

Dans la même idée, Alma affirme que divers sujets sont abordés lors des rencontres avec les soignants. Cependant, pour ce qui se à trait à la sexualité, elle dit être conseillée par les intervenants de se protéger et d'éviter d'avoir plusieurs partenaires amoureux. Elle relate en outre que les intervenants conseillent aux jeunes de se protéger afin d'éviter des grossesses précoces. Les intervenants parlent également selon elle, de l'importance de la contraception.

Yo konn fe anpil sije. Yo konn pale sou maladi seksyelman transmisib. Ah, nan kesyon fè seks la yo konn ap di fò w ta oblije mete kondom epi fok ou pa gen plizyè mennaj, yo di fò w mete yon gen youn oubyen ou pa genyen menm olye ou al gen 2, 3,4 epi tou yo konn di w tou pou w paf e pitit bone yo konn pale tou de plannin paket lot bagay. Mwen pa nan planin. Yo konn pale m de planin men mwen pa nan planin (Alma, 19 ans).

Ils abordent divers sujets dont les maladies transmises sexuellement. Pour ce qui est de relations sexuelles, ils me conseillent d'utiliser des condoms. En plus, ils me disent d'éviter d'avoir plusieurs partenaires amoureux, d'éviter d'être mère trop tôt. Pour cela, ils me conseillent de prendre de la contraception, ce que je ne fais pas.

Dans son extrait, Andréa raconte que les intervenants discutent avec les jeunes des sujets relatifs à l'amour et à la sexualité. Ces derniers apprennent aux jeunes à se protéger et à protéger les personnes avec qui ils sont en relation.

[...] Yo konn ap di nou antan ke jèn, nou konnen pou nou viv avek yon moun ke n renmen, an palan de menaj nou, yo toujou ap di nou tou men prekosyon pou n pran nou menm ki malad pou n pa pran lot maladi; answuit yo pale detou e detou sou sèks. Yo la pou sa, paske ekip la la pou sa pou pale pale de sèks, ki jan pou n pwoteje vi nou, ou konn sa déjà. Pa sèlman vi nou, vi tout moun (Andréa, 20 ans [VV; MA]).

Ils nous expliquent en tant que jeunes comment nous devons nous protéger afin ne pas attraper d'autres maladies. Ils nous ont beaucoup parlé des relations amoureuses et sexuelles. Les professionnels de la santé sont là pour nous former, nous parler de la sexualité, des modes de protection d'une manière générale.

Juna a aussi témoigné des conseils relatifs à la protection sexuelle que les intervenants lui ont prodigués. Ces derniers insistent également sur la prise régulière des médicaments afin de maintenir un bon état de santé.

Wi yo pale m de sa, pou m toujou bwe medikamann yo, pou m toujou sèvi a prèsèvatif, pou m pwoteje tet mwen si yon lot moun genyen e si m genyen tou pou m pa bay lot moun (Juna, 18 ans).

Ils me parlent de prendre mes médicaments, de me protéger en utilisant un préservatif lors des rapports sexuels. Ils me conseillent afin de ne pas transmettre la maladie, de même de ne pas en attraper d'autres.

Marco dit que les soignants lui prodiguent presque les mêmes conseils que sa mère. Ils conseillent l'utilisation de préservatif lors de chaque rapport sexuel afin de protéger sa partenaire. Marco dit avoir pris à cœur ces informations relatives à la protection.

Menm sa manman m konn di m yo, yo konn di m le map fe seks pou m pwoteje e pwoteje patne a tou paske m gen dwa pat konnen patne te gen maladi a tou pam nan gen dwa te wouj pa la gendwa te jòn yo vin melanje kounye a la m vin pran konsey yo. E tankou pou m paf e seks san pwoteje an se li m kenbe plis (Marco, 18 ans).

Les professionnels de la santé me disent des mêmes choses que ma mère. De me protéger et de protéger mon partenaire, car ce dernier peut avoir une autre infection dont j'ignorais. Cela peut aggraver mon cas. Il vaut mieux me protéger. Je tiens à cœur l'information qu'ils me donnent relative à la protection.

Carine témoigne des conseils relatifs à la protection sexuelle que les intervenants lui ont prodigués. Elle rapporte avoir eu aussi beaucoup d'information sur les médicaments antirétroviraux et sur l'importance de les consommer avec régularité.

Yo mande m si m pran medikaman m yo byen se sa yo di m wi. Yo di m pafè bagay, lè map fè bagay fom pran prekasyon met kapot yo pale anpil bagay avè m. Pou m bwè medikaman m yo san manke youn, pou m bwè yo a lè e anplis m aplike tout say o di m yo (Carine, 18 ans [VV; MA]).

Ils cherchent à savoir si je prends régulièrement mes médicaments. Ensuite, ils me conseillent de me protéger avec un préservatif lors des rapports sexuels. Ils me parlent de beaucoup de choses. Je mets en application tout ce qu'ils me disent.

- **L'observance thérapeutique, au centre de tout**

La sensibilisation des jeunes à l'observance thérapeutique constitue l'un des objectifs principaux des soignants. Les adolescents rapportent que les intervenants ne ratent aucune rencontre pour les notifier de l'importance du respect scrupuleux de leur médication.

Arielle a appris par les intervenants que les antirétroviraux sont des médicaments récents qui existent depuis peu. Jadis, les personnes infectées n'avaient aucun traitement. À ce moment, l'infection au VIH était une maladie mortelle, mais avec les médicaments antirétroviraux, elle est devenue une maladie chronique.

Bon yo toujou entèrese n pou m bwè medikaman yo toujou di m se yon maladi fragil li ye lontan pat gen tretman pou li si m jwenn tretman pou li se kounye a pou n pran sa a la chaj se pou m toujou bwè konprime yo e m konn patisipe nan pwogram andedan tou (Arielle, 18 ans).

Ils m'intéressent à boire mes médicaments, car disent-ils c'est une maladie fragile. Dans le passé, il n'existait pas de médicament, s'il nous arrive d'en trouver de nos jours, nous devons en être reconnaissants en les prenant régulièrement.

Pour Farah, la vérification de son CD4 a prouvé qu'elle a pris ses médicaments, conformément aux recommandations du médecin. Les intervenants lui conseillent de continuer à les prendre régulièrement pour vivre plus longtemps.

Yo konn mande m si m pran medikaman byen, yodi m CD4 mwen bon. Yo konn di depi ou pa pran medikaman an byen ou ap mouri, depi ou pran medikaman ou, ou ka viv yon ti jan lontan. Bon yo ka pa vle pale l. Yo ka pale l avek jèn, sitou lè yo ap fè fòmasyon nan sal la, yo pale avek jèn yo (Farah, 17 ans).

Ils me questionnent pour savoir si je prends normalement mes médicaments, car ils vérifient mon CD4 et le trouvent correct. Ils disent si je ne prends pas mes médicaments, je mourrais. Par contre, si je les prends convenablement je garderai une bonne condition de santé. Ils discutent de cela en salle de formation.

Carlos raconte que les intervenants vérifient s'il prend ses médicaments selon sa prescription médicale. Ils lui conseillent de les prendre régulièrement pour vivre plus longtemps. En outre, il doit se rappeler de sa date de rendez-vous pour venir chercher sa médication.

[...]Si yo wè m pa pran medikaman an yap pale avè m paske yo di lontan pat gen medikaman pat gen bagay sa yo pou ou te fè l men kounye a gen mendikaman fòk ou bwè l sel sa yo pale pou m bwè medikaman. Sel sa yo te di m toujou bwè medikaman m pa rate jou dokte tooujou vini pran medikaman apre sa (Carlos, 17 ans).

Ils me parlent au cas où je rate de prendre mes médicaments. Ils me racontent que longtemps il n'existait pas de médicaments contre l'infection au VIH. De nos jours, les médicaments existent et permettent aux gens infectés d'avoir une meilleure condition de vie. Il nous revient de boire nos médicaments si nous voulons vivre.

Rose dit qu'elle reçoit de la part des intervenants des conseils relatifs à des sujets divers. Ces derniers lui rappellent l'utilité de consommer ses médicaments. Selon eux, sans ces médicaments, sa santé pourrait être très affectée.

[...] yo toujou ban m bon konsèy, yo konn, yo di m fò m bwè medikaman an paske l ap bon pou sante mwen. Yo di m fò toujou pran medikaman an, paske se yon tretman map pran si m pa pran l m ka tonbe bip la m tou ale m tou mouri yo pap fè anyen pou mwen après sa ankò. Konsèy sou maladi an (Rose, 18 ans).

Ils me conseillent toujours de prendre mes médicaments parce qu'ils sont nécessaire pour ma santé. Ces traitements sont importants pour ma survie. Si je ne les prends pas je me mets en danger et je peux mourir. Ils m'expliquent beaucoup de chose sur la maladie.

Ulrick, abonde dans le même sens que les adolescents précédents. Il raconte qu'il était peu observant vis-à-vis de sa médication. Il affirme après avoir écouté les conseils des intervenants être devenu conscient de l'importance de cette thérapie pour sa survie.

[...] yo toujou ap ankouraje m bwè medikaman yo, si m pa bwè l Bèdèt konn ankouraje m, si m pa bwè l m konn sa k ap pase m. Tankou yo konn pale m de afè sante m paske yo vrèman konn peze sou sa, m konn rate konprime yo, yo di m piga m rate konprime yo, fò m bwè yo, si m bwè yo pap tiye m (Ulrick, 20 ans).

Ils m'encouragent toujours de prendre mes médicaments. Si je ne les prends pas, je connais les conséquences. Ils m'informent sur la maladie et ses complications. Cependant, ils insistent surtout sur l'importance de boire les médicaments.

En définitive, les adolescentes et les adolescents interviewés témoignent du soutien qu'ils ont reçu des soignants de la clinique pour adolescents. Certains de ces jeunes vont jusqu'à considérer ces intervenants comme leur famille, voire comme leurs parents et la clinique comme un foyer. Cette considération vient du fait que ces jeunes sont pris en charge de manière presque intégrale. Sur le plan médical, ils ont accès gratuitement à tous les médecins du centre : gynécologue, pédiatre, dermatologue, dentiste, oculiste. Les infirmières sont disponibles pour les orienter et faire le suivi médico-thérapeutique. Sur le plan psychologique, ils bénéficient de l'aide d'un psychologue et d'un travailleur social. Sur le plan social, ils sont accompagnés par un pair éducateur et d'un agent de terrain. Les adolescents reçoivent des soins médicaux et les médicaments nécessaires à leur situation sur une base régulière.

Les infirmières, les pairs éducateurs et les agents de terrain s'assurent du suivi thérapeutique et de l'observance de la thérapie antirétrovirale. En ce sens, la clinique offre parfois un cellulaire ou des cartes de téléphone afin que les adolescents puissent être facilement contactés pour un rappel de leur rendez-vous ou pour la prise de leurs médicaments. Les agents de terrain se déplacent dans certains cas pour aller à la maison des

adolescents afin de s'enquérir de leur état en cas d'absence. Aussi, un soutien alimentaire est donné à certains adolescents dans le besoin. La scolarité de certains est payée par le centre pour ceux qui font face à des difficultés financières.

Le psychologue et le travailleur social interviennent dans l'éducation thérapeutique des jeunes. Ils interviennent aussi pour des adolescents présentant des signes de détresse psychologique, de non-observance thérapeutique ou pour tout autre problème relatif au bien-être mental. Les soignants d'une manière générale organisent périodiquement des activités de divertissement pour les jeunes. Des concours, des sorties en groupe la fin de semaine en dehors de la capitale et des activités de théâtre et de danse sont organisées en vue de briser l'isolement chez ces adolescents. Dans de tel contexte, la clinique représente un foyer comme le disent les adolescents. Ces soignants sont aussi considérés comme des membres de la famille. Certes, ils les ont vu grandir de l'enfance jusqu'à l'adolescence, ce qui se traduit parfois, par plus de quinze ans de relation continue. Dans un premier temps, l'interaction se faisait entre le parent et les soignants. Ces parents sont éduqués afin de pouvoir comprendre la maladie, la posologie des médicaments, l'identification de leurs effets secondaires. En un mot, jusqu'à l'âge de 15 ans, l'adolescent est un acteur passif dans ce triangle thérapeutique. À l'âge de 15 ans, il devient un acteur actif dans la dynamique relationnelle et reçoit une éducation thérapeutique appropriée. La première démarche pour les soignants consiste à trouver l'adhésion du jeune en matière de thérapie antirétrovirale. Il doit à partir de cet âge être consentant pour la prise des médicaments.

Les adolescents interviewés expriment leur attachement aux soignants qui les ont aidés disent-ils, dans les moments de souffrance. Les adolescents disent avoir appris des soignants l'importance de la prise régulière des médicaments antirétroviraux, sans lesquels ils ne pourraient pas atteindre l'adolescence. Ils ont aussi appris l'importance de la protection sexuelle. Cette protection disent-ils à un double rôle : se protéger et protéger le partenaire. Ces deux éléments constituent la base sur laquelle se fonde les valeurs et les normes transmises par ces soignants. Outre la prise en charge médicale, les jeunes affirment avoir reçu des services de relation d'aide relatifs à la santé, au VIH, aux infections transmises sexuellement, à l'observance thérapeutique et à la sexualité. Les normes et les valeurs transmises par les

soignants tournent autour de la sécurité et de la protection relative à la santé sexuelle et physique. Elles se traduisent par la transmission des valeurs et des normes en matière de la santé d'une manière générale, de l'importance de l'abstinence, de la protection sexuelle et de l'observance thérapeutique.

Section 3. Les interactions avec les pairs

Cette section présente les interactions entre les adolescents et leurs amis telles que décrites par nos répondants. La présentation de la section se fait en trois points. Le premier fait état de l'importance des amis dans le quotidien des jeunes. Malgré l'importance des amis dans leur vie, les adolescents disent garder pour eux et leur famille le secret relatif à l'infection au VIH. Il n'y a aucun partage à ce niveau entre les adolescents et les pairs. Le deuxième point stipule qu'avec les amis, on parle de tout et de rien. Au troisième point, l'amour et la sexualité sont présentés comme un sujet central dans les relations entre adolescents. Il s'articule autour de trois sous-catégories. Il s'agit des amies pour les adolescentes, des conseillères en matière de l'amour et de la sexualité; un ami ou un frère, comme transmetteur du savoir en matière de l'amour et de la sexualité; finalement, se protéger lors de tout rapport sexuel, une action préventive partagée par les pairs.

a) Le secret ... encore!

Les adolescentes infectées au VIH par transmission verticale, aussi bien que celles infectées par voie sexuelle, expriment dans leurs témoignages l'importance que leurs amis ont dans leur vie quotidienne. Même si elles n'apportent pas le même degré de protection et de sécurité que la famille, les relations amicales semblent avoir une grande importance dans le développement identitaire des adolescents. D'ailleurs, étant sur un pied d'égalité, les adolescents partagent avec leurs pairs leur point de vue sans crainte d'être jugés ou sanctionnés.

Par exemple, Carla commence son témoignage en disant que ses amis représentent beaucoup pour elle. Elle dit les considérer comme ses frères et sœurs. Selon ses propos, nous pouvons déduire que les amis sont, au même titre que les parents, des personnes indispensables dans sa vie. En effet, le simple fait de pouvoir se divertir avec ses amis est une source de réconfort pour elle.

Zanmi m yo reprezante anpil bagay pou mwen, yo reprezante frè m sè m paske m pap jwenn yon frè m ap pale avè m konsa ap banm blag ap fè m ri (Carla, 16 ans).

Mes amis représentent beaucoup pour moi. Ils sont comme un frère ou une sœur. Un frère ne parlerait pas avec moi comme ils le font. Je me sens heureux en leur compagnie. Ils me donnent des blagues et me font rire.

De son côté, Juliette affirme avoir beaucoup d'amis des deux sexes. Cette simple mention nous rappelle l'interdiction faite aux filles d'éviter de se faire des amis du sexe masculin. Toutefois, cette jeune fille affirme qu'elle est discrète dans ses relations avec ses amis. Elle dit entretenir de bonnes relations avec eux sans pour autant les informer de son statut. D'ailleurs, elle dit ne pas aborder ce sujet avec eux.

Bon san manti mpa gen yon zanmi ki konnen ke m enfekte ak maladi a. M pa gen zanmi pou m di sa, sel moun lakay mwen avèk nèg m te avèl la apre sa m pa gen moun ankò m ta pral di. Si pou zanmi wi m gen zanmi, zanmi fi, zanmi gason, zanmi lekòl m plen zanmi (Juliette, 20 ans [VS]).

Sans te mentir, aucun de mes amis sont au courant de ma maladie. Je n'ai pas d'amis avec qui je pourrais partager cette information. Sauf ma famille et mon ex-partenaire sont au courant. Pourtant, j'ai beaucoup d'amis, des garçons comme des filles. Des amis à l'école, j'en ai plein.

Josette pour sa part se rappelle des consignes de sa tante. Elle raconte que cette dernière lui avait dit de garder secret l'information relative à son statut sérologique. Étant en accord avec ces consignes, elle n'aborde pas ce sujet avec ses amis. Les relations avec eux se limitent à des plaisanteries.

M zanmi yo sa vle di m pa janm di yo anyen, nou toujou fè blag. Paske matant mwen toujou di m pou m kite sa pèsonel avè m poutet sa. Sof ke lè m pale avèk yo m pa janm panse pou m ta pale de sa avè yo (Josette, 19 ans).

Mes amis, je ne les ai jamais rien dit, mais nous donnons toujours des blagues. Ma tante me répète souvent de ne rien dire à personne, de garder l'information personnelle. Je n'ai jamais mis dans ma tête de partager cette information avec des amis.

Maryse a une conception différente des relations amicales. Pour elle, un des critères pour élever un pair au rang d'ami serait de pouvoir discuter de l'infection au VIH, et du fait qu'elle soit une patiente à la clinique et du centre Gheskio. D'ailleurs, sa meilleure amie est une fille qu'elle a rencontrée à l'école et qui comme elle, fréquente le centre.

M pa janm di yo sa non. M tandè yo di sa yo ka pa pale avè m. Li toujou vin lopital la li te la talè. Nan menm lekòl nou ye. Nan menm lekòl, men se nan lekòl la nou rankontre. Li menm ki t ap esplike m sa e nan lopital sant Geskyo li mache, m di evre ! m mwen tou kounye a chak fwa m ap vin nan randevou nou toujou vin ansanm (Maryse, 16 ans).

Je n'ai rien dit à mes amis à propos de ma maladie. J'ai entendu dire qu'il pourrait ne plus être mon ami. J'ai une amie que j'ai rencontrée à l'école. Elle me racontait qu'elle fréquente aussi le centre Gheskio. Depuis lors, elle vient souvent à la même date de rendez-vous médical que moi.

Andréa semble être dans la même logique que Maryse. Andréa dit avoir été stigmatisée par ses pairs car ils l'avaient vu sortir de l'hôpital. Forte de cette expérience, elle se sent beaucoup plus en confiance avec les personnes fréquentant le centre ou qui vivent comme elle avec le virus.

Bon mwen gen zanmi men yo pa konnen ke m malad, paske lè m te jakmèl , mwen te lekòl, une fwa ke yo wè m tap soti lopital yon lè epi tout moun vin ap di woy ti fi sa gen sida, nou paka zanmi l ankò, stigmatize m loske sa m vin santim pa ka rete jakmèl ankò epi m rantre pòtoprens, men pou kounye a zanmi ke m genyen ki konnen ke m malad yo se zanmi lopital yo, kolèg, ni mwen pa gen yon bon zanmi m ki konnen ke m malad (Andréa, 20 ans [VV; MA]).

J'ai des amis, mais ils ne savent rien au sujet de ma maladie. Quand j'habitais à Jacmel là où j'étais également à l'école, ils me voyaient sortir de l'hôpital, ils devinaient que je suis infectée. Ils me stigmatisaient et ont cessé d'être mon ami. C'est d'ailleurs à cause de cette situation que j'ai quitté Jacmel pour me rendre à Port-au-Prince. De nos jours, mes amis sont ceux qui sont à l'hôpital, des collègues qui vivent la même réalité.

Pour Carine, elle est préoccupée par le fait de ne pas pouvoir tout révéler à ses amis. Elle aurait aimé que ses amis soient discrets. Elle a conclu que ses amis étaient incapables de garder un secret. Dans le but d'éviter la propagation d'informations sur sa maladie, elle préfère n'en parler à aucun de ses amis.

[...] Mwen byen avèk zanmi m yo wi, yo pa konnen si m malad, m pa esplike yo paske si m esplike yo, yo ka met pawol ou deyo (Carine, 18 ans [VV; MA]).

Je suis en très bonne harmonie avec mes amis. Cependant, ils ne sont pas au courant de ma maladie. Je leur ai rien dit parce qu'ils peuvent faire circuler l'information.

Comme Carine, Rose affirme être aussi consciente de l'incapacité de ses amis à garder un secret. Elle considère le fait de vivre avec le VIH comme un aspect privé de sa vie. Rose dit qu'elle évite d'exposer sa vie privée en public. Pour cette raison, elle ne s'investit pas trop dans les relations avec ses pairs.

Ah relasyon m yo pa telman byen avèk zanmi m yo non paske m ka fin di zanmi m yo nenpòt pawol la. Y al rele yon lòt moun deyo yo di sa, fè moun deyò fè ti pil gwo pil n pa renmen sa m pa alez ansanm avè yo. Paske y al rakonte vi prive n deyo, mwen menn lè yo rakonte m pa yo m pa renmen fè sa (Rose, 18 ans).

Je ne suis pas trop en bon terme avec mes amis sur certains points. Si je leur raconte n'importe quoi, ils le divulguent à d'autres. Je n'aime vraiment pas cette attitude, je ne suis pas à l'aise avec cela. Ils prennent du plaisir à raconter la vie privée des gens, alors que de mon côté je ne fais pas pareil.

Les adolescents dans leur témoignage font aussi état de l'importance des liens amicaux avec leurs pairs, comme l'ont affirmé ces filles dans les lignes précédentes. Dans les extraits de l'interview menée avec les garçons, ils mentionnent le fait de ne pas pouvoir partager avec leurs amis les informations relatives à leur statut sérologique comme un frein dans leurs relations amicales.

On se rappelle que certaines adolescentes mettaient sur un pied d'égalité leurs amis et leur famille. Jude se trouve dans cette catégorie. Selon ses propos, il dit considérer ses amis comme ses frères et sœurs. Il dit avoir vécu avec ses amis depuis sa plus tendre enfance. Ils

partagent entre eux tout ce qu'ils possèdent et leurs présences constituent une source de motivation mutuelle. Pour lui, ces gens font partie de sa vie.

Nan zanmi m sa pase byen, depi m pa gen yon bagay yo ban mwen l, yo pa genyen mwen ba yo, nou viv tankou frè ak sè, m konn al jwe foutbòl ansan m, nou konn ekri mizik ansan m sa fèm plezi e nou leve depi piti nan zòn nan jouk lè nou vin n gran nou toujou nan menm zòn yo pat konn fè nenpòt bagay genyen ki fini, gen 3 ki fini lekòl, yo nan inivèsite yo banm konsey pou m toujou bat pou m ka fini men m jan avèk yo tou (Jude, 18 ans).

J'ai de bons rapports avec mes amis. Si je suis dans le besoin de quelque chose, ils me le procurent. De même pour moi, s'ils ont besoin d'une chose. Nous vivons comme des frères ou des sœurs. Nous jouons ensemble au football, nous écrivons de la musique. Je trouve du plaisir à être avec eux. D'ailleurs, nous sommes ensemble dans la zone depuis notre tendre enfance. Nous sommes devenus grands et nous sommes toujours ensemble. Il y en a parmi eux qui sont à l'université et qui encouragent les autres de poursuivre leurs études. Cela m'encourage pour être comme eux.

Roger affirme avoir accordé une grande importance à sa relation avec ses amis. Cependant, il a peur de partager avec eux leur secret car il craint que ces derniers ne le divulguent. Ce jeune fait donc à sa manière une distinction entre ses relations amicales et familiales. Les membres de famille sont selon lui, les seules personnes en qui il peut avoir confiance. Pour lui, les amis sont certes importants, mais pas autant que la famille.

M gen yon valè zanmi men yo pa konn anyen, nou aksepte jis jwe ansanm tout bagay men m gen yon bagay ke m tire m di okenn moun anyen. Bon lè ou di yon moun yon bagay ou yo ka lage ou nan lari anplis lè se ou men ki gere tèt ou avèk fanmi w ou oblige gere l plis ke lè ou al lage l nan bouch yon zanmi ki pa gen sekre ou oblige gere tèt ou se sa ke m ka di [...] (Roger, 19 ans [VS]).

J'ai un grand nombre d'amis, mais ils ne savent rien au sujet de ma maladie. J'ai appris à ne rien dire à personne. Celle-ci peut le plus souvent ébruiter l'information. En ce sens, je préfère garder le secret entre ma famille et moi. Avec les amis, je ne fais que jouer tout simplement.

Marco affirme avoir développé un lien fort avec ses amis et ce, même s'ils ne sont pas au courant de sa maladie. Voulant à tout prix se protéger de la stigmatisation et de la discrimination, Marco dit ne pas être prêt à partager l'information relative à son statut sérologique avec amis, par crainte qu'ils ne la colportent. Selon lui, certains amis peuvent

divulguer la nouvelle, sans se soucier des conséquences. C'est donc pour cela qu'il garde cette information secrète.

Bon a zanmi yo m trè alèz a zanmi m yo, men yo pa okouran de ryen nou pale, nou jwen selman depi lè m rive pou m al pran medikaman m rive m di yo swa m al domi pou m ka pran medikaman. Tankou gen de zanmi yo pap konprann ou, yo gen dwa ale y al lage afè ou deyò pou mwen nan zòn kote m rete m pa vle pou moun konn men kijan de maladi m genyen pou m pa ka mache nan zòn nan, m jis pa met moun okouran (Marco, 18 ans).

Je suis très à l'aise avec mes amis, mais ils ne sont au courant de rien. Nous jouons ensemble souvent, mais quand il est l'heure pour prendre mes médicaments, je leur dis une chose pour me déplacer. Certains amis sont dans l'impossibilité de comprendre. Ils peuvent ébruiter mon histoire dans la zone. Pour cela, je ne mets personne au courant.

- **La peur des retombées d'un éventuel ébruitemment**

Les adolescents interviewés affirment dans leur discours qu'ils abordent plusieurs sujets de conversations avec leurs pairs. Les conversations portent sur des sujets tels que le sport, l'école, ou tout ce qui a trait à la jeunesse. Cependant, disent-ils le sujet relatif à l'infection à VIH entraîne une gêne et est difficile à aborder.

Joel estime qu'il est gênant d'aborder avec ses pairs le sujet relatif à l'infection au VIH. Il n'aborde pas de sujet à caractère personnel. Le fait pour lui de vivre avec le VIH le place dans une situation délicate lorsque l'on parle de ce sujet. Il dit qu'il n'essaye même pas d'en parler pour ne pas être trop gêné.

Non yo pa okouran, sèl fanmi m ak kèlke. Oh kòmsi okòmansman m te di w sa, se pa yon amitye tèlman pwofon m jis pale abòde kèlke sijè se pa de sijè kòmsi pèsone m pa abòde sijè sa pou pafwa pou m pa santi m genan, m pa konn kisa yap panse de mwen kijan yap akeyi m, kijan yap abòde m avè sa m genyen poutèt sa m pa ese (Joel, 19 ans).

Mes amis ne sont au courant de rien, sauf ma famille. Comme je te le dis, je n'ai pas une amitié profonde avec eux. Je n'aborde pas des sujets personnels avec eux pour ne pas me sentir gêné. Je ne sais pas comment ils vont le prendre et quel sera leur comportement à mon endroit. En ce sens, je préfère garder mon secret.

Julio de son côté, ne parle le plus souvent que d'activités sportives avec ses amis, ou de ce qui se passe dans son école. Pas question pour lui de parler de l'infection au VIH, car cela est un sujet délicat et difficile à aborder avec les amis.

[...] M pa kwe m pale de tankou e lè m al lekòl m pale avè yo, m pa pale de maladi. Non pa plis pale de maladi, nou konn plis pran tan pale de fotbòl, de bagay lekòl apre sa anyen ankò (Julio, 19 ans [VS]).

Je parle à mes amis d'école. Je ne leur parle pas au sujet de ma maladie. Nos sujets de conversation, c'est surtout le football ou les choses qui se sont passées à l'école.

- **L'évitement du sujet**

Rome parle de tout avec ses amis sauf du VIH. Cependant, ils discutent le plus souvent des choses relatives à ses activités à l'école, des activités sportives et de ce qui concernent plus généralement les jeunes.

Bon nou debat lot sijè byen ke n konn pale de tout bagay, de lekòl de fi, de pwogram tout bagay nou debat lot sijè tou men nou pa janm pale de sa men lè m gen pou m pale de sa se ak papa m toujou pale de sa paske se li ki sanse pi gwo manb paske nan fanmi [...] (Rome, 19 ans).

Entre amis, nous parlons de tout, des sujets en rapport à notre école, des points relatifs aux filles. Pour ce qui est de la maladie, c'est seulement avec mon père que j'en parle.

b) Fonctions des communications amicales au sujet de la sexualité

Le sujet relatif à l'amour et la sexualité occupe une place importante dans les conversations entre adolescents. Les filles contrairement aux garçons, discutent plus aisément avec leurs amies de leur relation avec un partenaire. La virginité, le plaisir sexuel, la nature des relations avec un partenaire amoureux, l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels, la grossesse, la protection contre des maladies transmises sexuellement sont autant de sujets liés à l'amour et à la sexualité débattus lors des rencontres amicales.

Carla raconte certains sujets de conversations entrepris lors de ses rencontres avec ses amies. Elle cite par exemple, le plaisir de l'acte sexuel comme sujet discuté au sein du groupe d'amies de Carla. La virginité est un autre point discuté entre les filles. Certaines filles expliquent leur expérience lors de la première fois et parlent de la douleur de ce moment. Par crainte de cette souffrance, Carla dit préférer conserver sa virginité.

[...] medam yo toujou di ou pa janm fè lanmou nan telefòn m konn di ki bagay sa nap pale la, yo konn di bagay, si ou eseye l, ou paka al nan relasyon seksyèl m di non. Non ey jan bagay sa bon, m di e si ou se yon timoun ki vyèj, yo di a si ou vyèj ou bwal pedi, yo di lap fè w mal m di ah m pa pral ladan pito rete vyèj mwen konsa [...] (Carla, 16 ans).

Les filles me demandent parfois si je ne sais pas faire de l'amour au téléphone. Je leur ai dit non. Elle me raconte que si je fais l'expérience, je ne la quitterai pas, tellement que c'est excitant. Je leur ai dit que je suis vierge. Elles m'ont avisé que je vais la perdre, mais je sentirai un peu de douleur au moment de l'acte. Ne voulant pas souffrir, je leur ai répondu que je préfère conserver ma virginité.

Judith discute avec ses amies de leur relation avec leur partenaire amoureux. Elles s'expliquent entre filles les rapports sexuels qu'elles ont eus avec leur partenaire et parlent de la satisfaction ou de l'insatisfaction qui s'en est suivie. La performance sexuelle du partenaire constitue aussi un sujet de conversation pour les filles qui en ont l'expérience.

Gen pafwa nou pale de menaj. Pa exanp mennaj la gendwa fè l yon bagay li konn di m, epi nap pale de menaj. Tankou li gen dwa dim, menaj li pa ret pre li rantre nan relasyon avè l, mennaj la gen dwa mal fè sèks, fè sèks li di m, mwen gen sekre anpil, mwen pap rele lòt moun pou m di, epi tou se yon bon zanmi tou, tout bagay lap di m (Judith, 19 ans [VS]).

Nous parlons à propos du partenaire amoureux. Par exemple, si elle a un problème avec son partenaire, elle m'en parle. Elle me raconte comment elle a eu des relations sexuelles avec son partenaire. Elle me parle de la douleur qu'elle ressentait lors de son rapport par exemple. Elle me raconte tout parce qu'elle sait que je peux garder du secret.

Comme les autres filles, Rose-Anne dit qu'elle discute souvent de la sexualité avec ses amies. Elle raconte, à ses amies, la peur qu'elle ressente lors des rapports sexuels. Pour elle et

certaines de ses amies, la solution à cette peur réside dans l'usage régulier de préservatifs comme moyen de protection.

Se seksyalite wi nou konn pale de sa. Li gen mennaj, men m tou, lè nap pale de sa m konn di l bagay sa telman fè m pè pou m antre nan rapò seksyèl li di se vre, bagay sa pa bon vre men ou konn tout bagay ki pou fè yon moun pran l pou mwen men m solisyon se prezèvatif m toujou mete, prezèvatif nan yon rapò seksyèl sè tou (Rose-Anne, 19 ans).

Nous parlons souvent de la sexualité. Elle a son partenaire et quand on parle, je lui raconte comme j'ai peur d'entrer en rapport sexuel. Elle me dit que sa solution est l'utilisation de préservatif sous une base régulière.

- **L'amie comme conseillère des relations avec l'autre sexe chez les filles**

Les adolescentes interviewées témoignent, dans des extraits d'entrevue, du rôle joué par leurs pairs dans leur apprentissage en matière d'amour et de sexualité. Les amies sont des conseillères en ce qui se rapporte à l'amour et à la sexualité. Elles le sont aussi en matière de prévention. Elles constituent en outre un incitatif dans l'initiation aux relations amoureuses et sexuelles.

Carla explique des conversations qu'elle a eues avec ses amies relatives à l'amour et des précautions à prendre lors des rapports sexuels pour éviter une grossesse ou une infection sexuellement transmissible. Elle a appris entre autre de ses amis, qu'elle doit toujours utiliser un préservatif lors de chaque rapport, sans que ces dernières ne soient au courant de son statut.

Zanmi m yo di m si l malad, wap sèvi ak pwotèj. Li di m oke yo di men ou pap ka fè timoun, m di sak fè sa, yo di ou pap kap bay moun nan maladi a m di ok, men arive yon lòt kote yo di ou ka fè timoun, si ou jwenn yon moun ki gen maladi nou toulède ka viv nomalman men pa panse se toutan pou nal nan relasyon seksyèl paske se pa toutan pou nap plede fè, fè, fè, gen yon fason pou n fè l [...] m di ebyen oke mèsè pou konsèy ou, (Carla, 16 ans).

Mes amis m'apprennent que si je suis malade, je dois utiliser des préservatifs. Cependant, selon eux, je ne pourrai pas enfanter, car je ne dois pas transmettre à la personne la maladie. Il affirme que je pourrais enfanter à condition que je trouve une personne de même condition que moi. Par contre,

ils disent que je dois faire attention, car je ne dois pas faire de sexe trop souvent. Je leur ai remercié pour le conseil.

Pour Rose-Anne, elle se réfère à ses amies pour s'informer au sujet de l'amour et de la sexualité. Dans les cas où elle ne peut pas se référer à ses amies dit-elle, elle essaye de s'informer pour mieux comprendre.

Wi men li pa bagay, m konn ap fè tèt mwen travay tou se pa li ki fè m konnen se jen parey mwen map pale (Rose-Anne, 19 ans).

Pour ce genre de sujet, je fais travailler mon intelligence. Puis, je suis informée par des jeunes de mon âge

Fernelle dit avoir appris de ses amies que la sexualité facilite le développement et fait grandir. Elle dit être hostile à cette idée et privilégie l'abstinence sexuelle dans sa vie. Attachée à ses valeurs, elle choisit de respecter ses principes personnels, quitte à ce que son développement soit affecté. Il est aussi important pour ses amies de se protéger lors des rapports, afin d'éviter des infections transmises sexuellement.

Yo ap pale depi ou fè bagay ou ap grandi, mwen m toujou ap di si se pou mwen m mèt mouri nan otè sa, m pa bezwen grandi epi tou l konn ap di seks la se yon bon bagay vre men fòn pwoteje tèt nou a de seri de maladi m toujou di yo wi pa pito m fè abtinans pou n tan lè m rive (Fernelle, 19 ans).

Mes amis disent que les relations sexuelles font grandir. Je leur ai répondu que je mourrai avec ma taille actuelle dans ce cas. Ils racontent qu'il faut se protéger lors des rapports sexuels pour éviter d'attraper une série de maladies. De mon côté, je leur propose de pratiquer l'abstinence de préférence.

De son côté, Judith affirme qu'elle a été incitée par ses amies à se lier en amour et à s'initier en relations sexuelles. Par contre, elle se dit être déçue de l'expérience, car elle constate que certaines de celles qui la conseillaient ne sont pas si heureuses en étant devenues des mères précoces.

[...] M wè te vin gen menaj la yo pa ka banm anyen. Paske m wè sak te konn banm pi bon konsèy yo, genyen ki gentan gen 2 pitit, genyen ki deye, ki lòt kote jan yo te konn banm konsèy la mwen menm te panse menaj la se tankou se yon bagay ki tap evolye [...] M pat vle paske m te konnen m gen jèm nan, gen ki kouri dèyè m li di ou rete nan katye gen pil bann jen gason epi ou poko pedi, map pran kotèsk m mete wap di ou fome epi m poko, map koute medam sa yo paske se lekòl m te ye, medam yo te vin plis pran tèt mwen, mwen pat santi m te byen ditou (Judith, 19 ans, [VS]).

Sous l'influence des amies, je me suis liée dans des relations amoureuses et sexuelles. Je constate que cela ne m'a rien apporté de positif, car les filles qui me conseillaient sont devenues mères précocément. Certaines de mes amies me disaient qu'il y a plein de garçons dans la zone, je devrais avoir un partenaire. À ce moment, je n'avais même pas encore ma première menstruation. Je faisais semblant d'être en maturité à cause des filles.

Dans la même veine, Bertha fait état de l'influence de ses amies sur ses attitudes et comportements quant à l'amour et à la sexualité. Elle se montre très critique par rapport aux conseils prodigués par ses paires. Bertha partage l'opinion d'une de ses amies, opinion selon laquelle il n'y aurait rien de positif à se lier prématurément en amour. Elle s'est forgée cette opinion en observant certaines jeunes filles de son quartier.

Komsì lè lap eksplike m li toujou ap ban konsèy tou li tou ap di m afè pawòl menaj li pa gen anyen serye ladan l li menn li te fè l la li regret li te fè l se sal toujou ap di m, li di m se pou mwen men m toujou rete pa fè men jan avè l rete lekòl, pou m ka itil tèt mwen pa gen anyen serye ladan. Wi men pa gen anyen serye ladan vre, lè map gade gen ti medam ki rete bò lakay mwen e m pi gran pase yo lè map gade yo m wè pa gen anyen serye ladann l (Bertha, 20 ans).

Quand mon amie me parle, elle me raconte son histoire d'amour. Elle me fait savoir qu'il n'y en a rien de positif. Elle en a même du regret de l'avoir fait trop tôt. Elle me dit de ne pas la suivre, de consacrer mon temps à mes activités scolaires de préférence. À bien regarder les filles de ma zone, il semble que se lier en amour trop tôt ne soit pas trop positif.

D'un autre côté, Girma constate tout simplement que ses amies ont de mauvais comportements en matière de l'amour et de sexualité. Selon elle, ces dernières tentent de l'influencer à avoir des relations avec d'autres femmes. Girma affirme ne pas aimer cette pratique et refuse les propositions de ses amies. Elle dit qu'elle les apprécie quand même, car ce sont des camarades de classe qui l'ont soutenue lors de moments difficiles.

A zanmi sa yo two pa bon, m fè chwa m menm depi piti yo te konn sa gen fwa yo konn nan afè fanm tou pou afè fanm nan pa bon m pa ladann m toujou rete a gason mwen menm, gen defwa fanm, yo konn ap ofri m bagay, al nan otel avè m, m konn di yon fanm parey mwen sa ou bezwen nan mwen sa ou wè nan mwen pou w renmen m pa nan bagay sa a [...] (Girma, 20 ans [VV; TS]).

Mes amies ont vraiment de mauvais comportement. Certaines ont des rapports sexuels même avec des femmes. Je suis contre ces pratiques, je fréquente que des garçons. Des femmes me font des offres, me proposent de m'enmener à l'hotel, ce que je refuse. Mes amies se fâchent contre moi à cause de mon refus.

- **L'ami comme transmetteur de savoir-faire sexuel chez les garçons**

Si pour les adolescentes, les amies sont considérées comme des conseillères, de leur côté, pour plusieurs adolescents interviewés, c'est un ami ou un frère qui joue le rôle d'instructeur en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité.

Jude a appris de ses amis qu'il faut uniquement faire des caresses à une fille, sans pratiquer l'acte sexuel. Il a appris aussi qu'il ne doit pas insister si une partenaire ne veut pas faire l'amour. Selon eux, il faut éviter les grossesses, car les conséquences pourraient être graves.

M toujou kenbe l paske m pa ka fe seks m fe lanmou. Mwen toujou mete yo an aplikasyon. Tankou la si ou renmen ak yon fi pa pèsite l si ou lekol toujou, si jodi a fi tonbe ansent moun lakay ou ap bay bri sitou ou pa gen manman ou pa gen papa e moun kay ti dam nan ap ba l bri tou [...] (Jude, 18 ans).

Ce que je retiens de mes amis, c'est de faire l'amour, mais pas le sexe. C'est ce que j'ai mis en application. Par exemple, si j'ai une partenaire, ne pas la persister pour avoir des relations sexuelles. Cela peut avoir de graves conséquences sur moi au cas où elle serait enceinte. Les gens de ma maison peuvent me créer beaucoup d'ennuis. Il en sera de même pour la fille. En plus que je suis orphelin de père et de mère.

Pour sa part, Marco dit avoir été instruit par son grand-frère dans ce domaine. Ce dernier soutient-il, à plus d'expérience dans ce domaine et il lui apprend à entretenir une relation avec

une fille. Le premier principe selon son frère, pour maintenir une bonne relation, est de trouver une fille compréhensive.

Tankou jan de bagay sa yo se a frèm nan m pale yo paske fre m nan pi gran pase m e lik konn bagay sa yo plis li konn ap esplike n men kijan m ka a yon moun depi moun nan konprann mwen m ka fè l [...] (Marco, 18 ans).

Les sujets relatifs à l'amour et à la sexualité, je les ai appris de mon grand frère. Il les connaît mieux que moi. Il me les explique et m'apprend comment je peux être avec une fille. Bien entendu dit-il, si la fille me comprend.

- **Partager la conviction du devoir de protection par le condom**

Les adolescentes interviewées révèlent dans leur discours un désir de vouloir davantage influencer le comportement sexuel de leurs pairs, plutôt que de se laisser influencer. Il laisse comprendre dans leurs extraits, qu'elles cherchent des moments propices pour faire la prévention de certains comportements à risque auprès de leurs pairs. De même, elles profitent de l'expérience des autres pour prendre des décisions judicieuses à leur endroit.

Par exemple, Josette relate qu'avec ses amies, elle discute peu de leurs ébats amoureux, mais plutôt des moyens de protection afin de prévenir les infections transmises sexuellement. Dans leurs conversations, ses amies confirment avoir utilisé un condom lors de leurs rapports sexuels. Elle dit renforcer leur point de vue en confirmant avoir utilisé régulièrement des préservatifs comme moyen de protection et de prévention.

[...] Yo pa two konn pale m de lè yap fè seks men genyen ki konn di tou yo toujou fè bagay ak kapot pou yo pa ansent. M toujou di mwen menm m fè bagay a kapot (Josette, 19 ans).

Mes amies ne me parlent pas trop de leurs ébats sexuels. Cependant, certaines me disent qu'elles se servent toujours de préservatifs pour éviter une grossesse. Je leur ai dit que de mon côté, je me protège toujours.

Rose rapporte que ses amies lui conseillent d'utiliser régulièrement des condoms. Selon elles, il faut certes éviter les infections transmises sexuellement, mais aussi le VIH et la grossesse. Elle dit avoir compris l'importance de prendre des précautions contre les infections

et la grossesse. Sinon, cette erreur aurait pour conséquence selon elle, une exclusion du domicile familial et tous les problèmes que cela engendrerait.

Zanmi m yo di m pran prekasyon deyò avèk jen yo pa fè bagay san kapòt lè m al nan relasyon avè yo, gen de maladi pou ou pa pran tankou VIH aprè sa m ka vin tonbe ansent. [...] Bon yon bagay serye men fò m fè atansyon avè bagay sa. Tankou maladi, pou n pa vin ansent pou manman m pa vin mete m deyo, pou m pap pase mizè nan lari a. (Rose, 18 ans).

Mes amies me conseillent toujours de me protéger lors des rapports sexuels. Il existe selon elles, des maladies et en plus il me faut me protéger contre la grossesse. Il faut éviter ces choses afin que mes parents ne me mettent pas à la porte, si un malheur arrive.

Carine raconte qu'elle fait de la sensibilisation auprès de ses amies, afin qu'elles se protègent lors des rapports sexuels. Elle dit que certaines affirment avoir de la difficulté à utiliser un condom à cause d'une sensation de démangeaison qu'elles auraient ressentie après en avoir fait l'usage. Elle dit les avoir conseillées de se protéger en dépit de tout.

Lè m rive, gen de lè yap fè yo paka fe ak kapot bagay sezi, mwen map konseye yo pou yo pa enfekte map pale avèk yo, genyen di yo paka mete l bouboune yo li ap grate yo li paka fe ak kapot (Carine, 18 ans [VV; MA]).

Certaines de mes amies me racontent comment elles sont incapables d'utiliser des préservatifs. Après son utilisation, elles ont une sensation de démangeaison qui les pousse à gratter le vagin. En dépit, de cela, je leur conseille d'éviter de faire infecter.

De même que les jeunes filles, les jeunes hommes interviewés partagent l'idée relative à la protection lors de tout rapport sexuel. Ces derniers ont mis l'accent de leur côté, d'une part sur la fidélité à une seule partenaire, et de l'autre, sur la prévention d'une grossesse précoce.

Par exemple, Joel dans son témoignage, insiste dans ses discussions avec ses amis sur l'importance de la maturité d'un jeune avant de se lancer dans des activités amoureuses et sexuelles. De surcroît dit-il, il ne faut pas oublier la possibilité de contracter une infection sexuellement transmissible ou de mettre une fille enceinte.

[...] Nan gwoup la nou konn pale de seks, kisa ki genyen mal ladann e ki lè ou ka fè sa e fason sa ka andomage w lè ou poko prè wal fè l nou konn pale. Poko prè, dapre mwen ou prè ou pa gen matirite men gen de koze ki ka rive ou pot ko menm prepare ou pat menm atann a sa pa egzamp ou ka al nan relasyon seksyel avèk fanm nan gen plizye maladi ke ou ka pran et ou fanm nan ka arive tonbe ansent e ou menm tou ou poko gen preokipasyon pou sa (Joel, 19 ans).

Dans notre groupe d'amis, nous abordons le sujet de la sexualité. Nous disons qu'est qui en est mauvais et comment de telle pratique peut endommager notre vie quand on n'est pas encore prêt. Être prêt, à mon avis c'est quand on n'a pas encore la maturité. Certains événements peuvent se produire pour lesquels on n'avait pas de préparation pour y faire face. Par exemple, contracter une maladie ou rendre une fille enceinte. Des situations pour lesquelles, on n'est pas encore prêt.

Rome conseille ses amis de se protéger afin d'éviter de contracter le VIH. Il leur apprend aussi que le VIH est une maladie comme les autres bien qu'il faut l'éviter. Il leur propose fortement de se protéger.

Nou konn rive sou sijè VIH lan, kounye a m ba yo konsey papa m te konn ban mwen VIH se yon maladi tankou tout lot yo se ou ki pou pwoteje tèt ou kont li se pa li ki pral touye ou vreman, men se jan ou pral viv lan, ou ka viv toutan ou ka viv sou tè a paske moun pa konn mouri jan moun yo di an san lè ou poko rive, depi ou mouri se lè ou kite rive ou mouri [...] (Rome, 19 ans).

Parfois, abordant le sujet du VIH avec mes amis, je leur prodigue les mêmes conseils que mon père me donnait. Je leur ai dit que c'est une maladie comme les autres. L'important est de se protéger. On peut ne pas en mourir si vous prenez les précautions nécessaires. On ne meurt pas avant son heure.

Par ailleurs, Jude souligne dans ses conversations avec ses amis, l'importance de se limiter à une seule partenaire. Ce, dans le but de réduire le risque d'attraper une infection transmise sexuellement. Il rappelle à ses amis le principe du respect, à savoir : se respecter afin d'être respecté.

Bagay fi yo toujou sou gen mennaj toujou kenbe l ou pa bezwen gen plizyè, yon sèl la sifi e si fi a pa renmen w pa pèsiste l toujou kenbe limit tèt ou pa fèl anyen, se ou men m ki pou respektè tèt ou pou lòt moun ka respektè w [...] Wi toujou seks la, men lè wap fè seks la toujou mete kapot tankou se ou ki pou pwotege e pou si fi a gen lot maladi pou ou pa pran l (Jude, 18 ans).

Mes amis sont trop intéressés par les relations amoureuses. Je leur conseille de ne pas en avoir plusieurs, car une seule est suffisante. En outre, je leur dis de ne pas insister si une fille ne veut pas être en amour avec eux; de se respecter pour que d'autres les respecte. En ce qui se rapporte aux rapports sexuels, il faut se protéger avec un condom afin de ne pas attraper une maladie.

En définitive les adolescentes et les adolescents interviewés révèlent avoir développé un lien d'attachement étroit avec leurs amis. Pour justifier l'importance attribuée à la relation amicale, les jeunes n'hésitent pas à comparer ce lien d'attachement à celui de la famille. Cette relation, par le nombre de temps passé à jouer, à plaisanter, à partager leurs opinions et à discuter sur divers sujets constitue aussi une relation au cours de laquelle s'établit un jeu d'influence. Les pairs ou les amis jouent réciproquement le rôle de conseiller et d'instructeur, surtout en matière de sexualité. Malgré les liens qui les unissent, ces adolescents racontent qu'ils ne se sentent pas en mesure de partager avec leurs amis certaines informations, notamment leur statut sérologique, que plus d'un qualifie de personnel ou de privé. Certaines informations selon eux ne doivent pas sortir du cadre familial, le seul endroit où règne la confiance.

Malgré la méfiance envers leurs pairs ou amis, les adolescents interviewés considèrent l'amitié ou la relation avec les pairs comme étant importante pour leur bien-être. La confiance et le secret constituent deux notions porteuses de profondes valeurs pour les jeunes vivants avec le VIH. Par ailleurs, si la sexualité représente un sujet dont tous les adolescents parlent, elle provoque de sérieuses interrogations aux jeunes exposés très tôt à des messages de prévention. Pourtant, en ce qui se rapporte à la protection sexuelle comme valeur, elle est partagée et acceptée dans le cercle de pairs aussi bien que par les participants à l'étude.

Au chapitre 4 section 1 portant sur l'interaction parents-adolescents, il a été mentionné que les parents utilisent des messages à caractère éducatif dans le but de susciter l'adoption ou la modification de certains traits du comportement de l'adolescent. Ces messages tendent à s'intensifier vers l'âge de l'adolescence compte tenu de l'ouverture du réseau d'amis à cette période. Les adolescents adoptent en partie ou en totalité les messages parentaux ou ils les réfutent. Certains adolescents interviewés dans le cadre de cette étude affirment avoir mis en pratique les instructions parentales, d'autres disent le contraire.

Globalement, le chapitre a décrit le contexte relationnel de l'adolescent à travers trois agents socialisateurs (famille, soignants et pairs). Ces agents sont donc des transmetteurs de normes et de valeurs. Au niveau de la famille et des soignants, le statut sérologique de l'adolescent occupe une place importante, alors qu'avec les pairs le secret est incontournable. Le foyer ou la clinique pour adolescents sont les seuls endroits où ils peuvent s'exprimer plus ou moins librement au sujet de l'infection au VIH. L'observance thérapeutique est une nécessité absolue prônée par les deux premiers groupes, mais inconnu des pairs. Bien que la relation avec ces derniers représente beaucoup pour l'adolescent, il vit toujours dans une crainte que son statut sérologique soit connu par eux. De plus, les parents incitent l'adolescent à se méfier des amis et de les éviter. L'influence des pairs ou des amis à l'adolescence se révèle d'une grande importance au même titre que les parents, comme il est documenté dans différentes cultures (Pépin, 2010). L'abstinence ou l'interdiction des relations amoureuses et sexuelles est fortement prônées au sein de la famille et des soignants. Les pairs de leur côté font de la sexualité une norme. En dépit des injonctions de la famille à éviter les relations sexuelles, l'adolescent se plie davantage aux normes des pairs qu'à celles des parents et des soignants. Comme Soares (2010) l'a observé auprès des adolescents au Brésil, la communication parent-adolescent en matière de sexualité dans le contexte haïtien est de nature passive. Bien que l'adolescent haïtien et ses pairs partagent l'idée de l'importance de la protection sexuelle par l'utilisation du condom, son usage n'est pas régulier.

Chapitre 5

L'adolescent raconte son univers sexuel

Ce chapitre traite des expériences relatives à l'amour et à la sexualité. Il s'intéresse au passé des jeunes, c'est-à-dire à ce qu'ils ont retenu de l'éducation parentale, du discours des soignants ou des pairs. Les réactions des jeunes sont notées en termes d'expériences dans ce chapitre à travers leurs pratiques sexuelles. La perception de ces jeunes porte sur leur point de vue par rapport à la procréation et à la parentalité dans le futur. Dans cette optique, ce chapitre couvre trois sections. La première section passe en revue les réactions des adolescents par rapport aux messages éducatifs des parents. La deuxième traite des expériences amoureuses et sexuelles des jeunes. La troisième et dernière section présente le point de vue des adolescents quant à leur désir d'enfanter et aux rôles qu'ils attribuent à la fonction des parents.

Section 1. Réactions aux messages éducatifs genrés

Cette section vise à présenter les attitudes des adolescents, c'est-à-dire à ce qu'ils retiennent en termes de conseils, de normes et de valeurs des messages parentaux. Ces attitudes sont regroupées en termes de genre plutôt qu'en termes du mode de contamination de l'infection à VIH.

a) Garçons : se protéger ou s'abstenir

Dans le discours des adolescents interviewés, ils laissent comprendre que les messages parentaux sont ciblés en fonction du genre. Les garçons et les filles semblent comprendre cette différence. Les messages ciblant les garçons sont moins contraignants que ceux adressés aux filles. D'ailleurs, les filles sont soumises à une surveillance plus stricte que les garçons. Il est plus toléré par les parents que les garçons discutent avec des filles du quartier. Alors que pour les filles, il est même interdit de se faire des amis, surtout de sexe masculin. Les adolescents

affirment avoir retenu et appliqué à des degrés différents certains messages véhiculés par leurs parents.

Pour Ulrick, il y a une interdiction totale de faire venir une fille dans le foyer familial surtout si c'est sa copine. Dans le cas contraire, il risque l'exclusion du domicile familial. Pour cette famille, un enfant doit s'occuper de ses activités scolaires. Les relations amoureuses doivent se faire à la fin de ses études classiques.

[...] m di ou yo pa konn vle nou ale nan bagay sa, yo di konsa m ap mete ou deyò nan kay la si ou vin a fi nan kay la, yo pa vle noun renmen, se lè nou fin lekòl, ap travay (Ulrick, 20 ans).

Mes parents m'interdisent ce genre de choses. Ils m'ont dit qu'ils me mettront à la porte si je viens avec une fille dans la maison. Ils ne veulent pas à ce qu'on ait une partenaire amoureuse pas avant de terminer les études et de trouver un emploi.

Alex est un jeune adolescent âgé de 15 ans. Pour son père, il n'est pas encore assez mature pour se lier en amour. Sa priorité doit être ses études. Il doit se concentrer sur ses études afin d'être parmi les meilleurs. Il doit tout simplement attendre sa majorité.

M pa gen eskperyans. M pa wè rezon pou m ta nan renmen kounye a paske papa m toujou di m konsa pou m tann lè m. Pou m ta finn lekòl mwen (Alex, 15 ans).

Je n'ai aucune expérience dans ces choses. Je ne vois pas les motifs pour lesquels je me lierais en amour à mon âge. Mon papa me conseille d'attendre le moment propice, de terminer avec les études.

Jude raconte qu'il a eu de bons rapports avec sa mère. Il n'y avait pas de secret entre eux. La relation avec sa mère se basait sur la confiance. Il n'y avait pas de place pour le mensonge. La confiance de ses parents est précieuse pour Jude et il veut la conserver. Il estime qu'il doit se respecter afin que les autres en fassent de même à son endroit.

Paran m pa kon n di m anyen tou, depi manman m te la li pat kon n kache m anyen tou, li di m yon bagay mwen di non manmi m pa renmen tèl bagay se sak fè lè map fe yon bagay mwen di manmi men sa map fè, mwen toujou kènbe tèt mwen nan yon limit pou lot moun ka respektè m se mwen ki pou respektè tèt mwen pou moun ka respektè m (Jude, 18 ans).

Mes parents ne me disent rien. Ma maman quand elle était vivante ne me cachait rien. Je lui dis toujours la vérité. Je me respecte et connaît mes limites afin que les autres me respectent à leur tour.

Martin admet qu'il n'a pas le droit de mettre une fille enceinte et encore moins de la contaminer. Il dit être conscient des difficultés liées à son infection. En ce sens, pour éviter que d'autres personnes soient infectées, il a choisi de s'abstenir des relations sexuelles. Selon lui, l'abstinence est son seul choix.

Pou n pa arive ansent pitit moun yo e pou n pa enfekte l. Sa k plis frape m nan se maladi ke map souffri a de jan maladi a m pa vle bay lòt moun li se a koze vin gen anpil moun kap genyen l bon m met nan tèt mwen si m al fè sa m ka enfekte lòt m jis ralenti sou sa pou m pa al ladan l (Martin, 17 ans).

J'ai appris de mes parents de m'abstenir afin de ne pas mettre enceinte des filles ou de ne pas les infecter. Ce qui me frappe et me fait souffrir, c'est le virus que je ne veux pas transmettre à d'autres personnes. Pour cette raison, je m'abstiens pour ne pas les infecter.

b) Filles : se respecter, attendre sa majorité ou se protéger

Certaines adolescentes affirment mettre en pratique les conseils prodigués par leurs parents. D'autres par contre, disent avoir compris l'importance des conseils ou des messages parentaux, sans pour autant les respecter à la lettre.

Bertha déclare avoir retenu tous les messages véhiculés par son tuteur. Elle dit avoir observé dans son quartier, des filles devenues des mères précoces. Elle affirme ne pas vouloir être dans cette situation. Pour éviter cela, elle décide de se consacrer à ses études afin de pouvoir à son tour aider les personnes qui l'ont prise en charge depuis son enfance.

Mwen kenbe tout paske m wè gen jèn ki pa menn rive nan laj mwen ki gentan manman pitit mwen menn m pa ta renmen pou m manman avan m fini lekòl mwen, pou m fini yon ka ede moun ki konn ede m yo avan m al nan relasyon (Bertha, 20 ans).

J'ai enregistré tout ce que mes parents me disaient. Car, j'observe qu'il y a des jeunes filles qui sont moins âgées que moi et qui sont déjà mères. Je n'aurais pas aimé être dans cette situation. Avant je dois terminer mes études afin de pouvoir venir en aide aux personnes qui m'avaient prise en charge.

Pour sa part, Jeanne dit avoir fait une sélection dans les messages parentaux. Elle affirme avoir mis en pratique certains messages et en avoir rejeté certains d'entre eux. Le message de sa mère qu'elle a le mieux compris est qu'elle doit se respecter, bien se contrôler et se protéger afin de ne pas attraper d'autres infections.

Kay mè yo yopa konn pale m de sa. Men manman m gen enpe m kenbe, gen enpe m pa kenbe. Se sèl sa l toujou di m kenbe tèt mwen byen pou m pa atrape lòt malady ankò (Jeanne, 19 ans, [VV/TS]).

Chez les sœurs, on ne me parlait pas de ce genre de choses. Mais pour ce que me disait ma maman, j'ai retenu certaines choses et j'abandonne d'autres. Une des choses qu'elle me disait, c'est de me protéger afin de ne pas attraper d'autres infections.

De même, Adline dit avoir retenu beaucoup de son tuteur. S'abstenir des relations sexuelles pour ne pas attraper d'autres maladies est le meilleur message pour elle. De ce fait, elle doit dit-elle, se concentrer sur ses études afin de préparer son avenir.

M kenbe lè yo di m pou m pa al nan fè seks pou m pa pran lot maladi, m kenbe lot sa yo te eskplike m, m kenbe yo nan tet mwen, yon paket lot bagay anko. Lè m di lot bagay sa vle di yo toujou di, yo voye m al lekòl pou m ka aprann pou m ka vin yon bagay demen se sa yo konn di m, yo di m pou m kenbe tet mwen, pou m toujou konn leson pou m toujou reyisi nan sa map fè pou m ka vin yon bagay demen (Adline, 17 ans).

J'ai retenu que je dois m'abstenir des relations sexuelles afin de ne pas attraper d'autres maladies. Je les ai bien retenus avec tant d'autres. Par exemple, me concentrer sur mon éducation afin que je puisse réussir ma vie.

D'un autre côté, le père de Girma avant de mourir lui a appris qu'elle ne doit pas faire confiance aux hommes. Ils sont des jouisseurs [vagabonds]. Girma devra donc se montrer perspicace dans ses rapports avec les hommes selon ce que son père lui a appris.

Papa m te konn di gwo betiz tou, papa m pat konn pale avè m paske m te timoun lè sa, sel sa l konn di m fè atansyon a jèn gason se vagabon yo ye [...] (Girma, 20 ans, [VV/TS]).

Mon papa ne savait pas trop me parler de ces choses du fait que j'étais trop jeune. Cependant, il avait l'habitude de me dire de faire attention aux garçons, ils sont des vagabonds.

Alma dit avoir tout retenu de ses parents. Elle doit attendre sa majorité avant toutes relations amoureuses ou sexuelles. Cela suppose qu'elle doit terminer ses études et trouver un emploi afin de pouvoir se prendre en charge. Elle pense aussi à la difficulté de partager avec ce partenaire l'information relative à l'infection au VIH.

M kenbe tout sa yo di m pou m tann laj mwen lè m fin lekòl. Non fok mwen gen maturite sa vle di man jen menaj men jan lekòl la fò m gentan ap travaj, fini lekòl gen tout sa m bezwen poum gentan nan kay apre sa ma fè sa m vle. Yo di m tou pou m gen menaj la fok mwen ta fok mwen panse avek. Kounye a chak fwa pou m ap vin isit la epi tou pou m we map vin ak timoun epi tou sa m panse e kisa m pral di menaj (kriye) (Alma, 19 ans).

Ce que je retiens surtout, c'est d'attendre ma maturité, de terminer avec les études et de trouver un emploi. Il me faudra aussi penser à la maladie. Car, je dois venir pour les visites médicales. Comment je vais expliquer cela au partenaire.

De son côté, Ariane a appris qu'elle doit se protéger si elle décide de faire l'amour. Par contre, elle opte pour l'abstinence. Les rapports sexuels avant le mariage ne sont pas un bon choix selon elle. À son avis, jadis les gens attendaient le mariage pour commencer les rapports sexuels. De nos jours, la réalité tend à être différente selon elle. Le mariage constitue pour Ariane une valeur fondamentale pour s'engager dans des activités sexuelles.

Sal di m nan li bon men ni mwen menm tou menm lè m ta gen yon menaj si m ta anvè ba li se pou m pwoteje, m pito rete konsa paske depi ou renmen avèk moun nan, lontan yo te konn tann apre mariaj men (Ariane, 18 ans).

Ce que mes parents disent me semble correct. Car, admettons que j'aurais un partenaire et que je veux entrer en relation sexuelle, je dois me protéger. Dans ce cas, je préfère m'abstenir. Jadis, les gens attendaient le mariage pour avoir des relations sexuelles, de nos jours, ils ne veulent pas attendre ce moment.

Judith retient comme message de ses parents de se méfier des hommes. Ces derniers, si elle tombe enceinte, vont peut-être l'abandonner sans se préoccuper de sa situation économique avec un enfant. Selon ses parents, elle doit atteindre une certaine maturité avant de se lier en amour.

Yo konn di m sa tankou si ou al nan menaj bonè nèg la gendwa pa renmen vre. Li fin couche w swa li lage yon pitit nan men ou li vire lale, oubyen li pa okipe yon pakèt bagay (Judith, 19 ans, [VS]).

J'ai appris que de se lier en amour trop tôt ne serait pas une bonne action. Car, l'individu peut ne pas avoir un amour réel. Après la relation sexuelle, il te met enceinte et t'abandonne avec un enfant sans soutien économique.

Juliette se souvient des paroles de sa mère qui lui disait « ne m'écoutez pas aujourd'hui, vous le verrez tôt ou tard demain ». Les informations véhiculées par sa mère dit-elle, étaient importantes même si elle ne les a pas mises en pratique.

Li te konn di m lè l'ap pale n konsa pa tande l pi devan na wèl. Wi yo te enpòtan pou mwen, men e pa paske yo te enpòtan, mte mete yo nan tèt mwen kifè sa rive sa te gen dwa rive a kenpòt moman a kenpòt lè tou [...] (Juliette, 20 ans, [VS]).

Ma mère me dit quand elle me parle si je ne l'écoute pas, tôt ou tard je m'en rendrai compte. Ce qu'elle me disait était important à mon sens. Mais malheureusement, je ne les avais pas mis en pratique.

Somme toute, les extraits d'entrevue des adolescents permettent de classer leurs réactions sur les messages éducatifs des parents selon leurs sexes. Ces messages éducatifs ont pour but la transmission des normes et des valeurs parentales en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité. Cette transmission de valeurs se fait dans un contexte social et familial marqué par la présence du VIH. Les parents sont donc motivés et encouragés par les soignants dans leur démarche éducative à la prévention et à la protection des jeunes. Les adolescents comme les parents comprennent même dans le secret, le poids de cette infection dans leur vie quotidienne. Des messages spécifiques sont adressés aux garçons et d'autres sont adressés spécifiquement aux filles.

Il ressort de ces messages que les filles sont plus ciblées que les garçons en ce qui a trait à la protection en matière d'une part des relations hommes-femmes et d'autre part, de la sexualité plus spécifiquement. Les filles sont davantage ciblées du fait des grossesses précoces, des complications liées à la prise en charge d'un enfant né de mère séropositive et d'une possible transmission du VIH au partenaire sexuel. Elles sont d'autant plus ciblées car la protection sexuelle est le plus souvent du ressort des garçons (Holschneider et coll., 2003). En effet, comme certaines filles de cette étude l'ont exprimé, il revient aux hommes de décider d'utiliser le préservatif car une fille demandant à son partenaire de se protéger lors des rapports sexuels est suspectée d'infidélité. Les filles parlent de protection à leur partenaire alors que les garçons appliquent les mesures de protection envers les filles. C'est ce que traduisent les adolescents quand ils affirment avoir compris les messages éducatifs des parents les incitant à se protéger ou à s'abstenir des relations amoureuses et sexuelles. De leur côté, les adolescentes rapportent avoir compris ce que leurs parents voulaient leur apprendre, c'est-à-dire le respect de soi, la capacité à se protéger et éviter les relations amoureuses ou sexuelles précoces. Se respecter, équivaudrait à ne pas être une fille facile, à ne pas se laisser berner par les garçons et être une fille avec une forte personnalité. Éviter la précocité suppose d'attendre qu'elles soient assez matures sur le plan physique et psychologique avant de se lier en amour.

Section 2. Relations amoureuses et pratiques

Cette section porte sur les expériences amoureuses et sexuelles des adolescents. Ces expériences sont influencées par les normes et les valeurs incorporées au sein de la famille ainsi que par les interactions avec les soignants et les pairs. Ces expériences sont aussi influencées par le statut sérologique des adolescents. Le dévoilement du statut et l'annonce du résultat ont des répercussions sur la prise de décision en ce qui a trait aux liens amoureux et sexuels. L'analyse des extraits d'entrevue a permis de dégager deux grandes catégories, lesquelles sont scindées en plusieurs sous-catégories. La première grande catégorie regroupe d'une part les adolescents qui n'ont aucune expérience, et de l'autre, ceux qui ont une certaine expérience amoureuse, mais qui évitent tout rapport sexuel avec un partenaire. La deuxième grande catégorie présente les expériences amoureuses ou sexuelles vécues par les adolescents

lors de leurs premiers rapports. Cette catégorie fait état d'une part de la deuxième relation sexuelle, et de l'autre des rapports subséquents.

a) Refus de l'engagement et relations platoniques

Parmi les adolescents infectés au VIH par transmission mère-enfant, il existe trois tendances relatives aux relations amoureuses et sexuelles. La première tendance représente ceux qui refusent toute relation amoureuse; la deuxième tendance regroupe ceux qui sont dans une relation, mais qui s'abstiennent de toute activité sexuelle; la dernière tendance comporte ceux qui sont actifs sexuellement ou qui sont ouverts à la sexualité. Le premier point de cette section présente deux catégories en lien avec les deux premières tendances.

L'amour et la sexualité constituent un sujet central dans les conversations entre l'adolescent et ses amis. Certains adolescents se lient en amour tôt à l'adolescence et débutent même leur première relation sexuelle. Certains adolescents interviewés dans le cadre de cette étude affirment n'avoir aucune expérience amoureuse, voire sexuelle, en dépit de leur intérêt pour cette activité. Joel affirme qu'il n'a jamais eu de relation amoureuse, ni de rapport sexuel. Il dit être intéressé à avoir une relation amoureuse. D'ailleurs, il relate avoir courtoisé des jeunes filles, sans pour autant avoir eu de relations amoureuses ou sexuelles. Selon ses propos, il dit suivre les instructions de son père et ne s'engage pas réellement. C'est pour lui un moyen de se protéger.

Non m poko nan seks. Non m poko. M konn gen ti zanmi map pale avèk yo men m kapab di jis nou pale, m kapab di yon ami de konfyans nou pa fè lanmou, nou pa nan rapò seksyèl. M pa ka di sa pa twòp enterese m. Bon m kapab di tou jan papa m kenbe m kòm si m pa two anbake m nan sitiyou an m paske m pa jan gen tan lè map sòti papa m konnen lè nap bagay papa m konnen tout bagay e sa tou ki plis fè m pa enterese de bagay sa yo. Bon oparavan kòm sa pat twòp enterese m, li toujou pa enterese m. Non pa enkò, bon m kapab di m pran dè prekosyon. Evite de sèks (Joel, 19 ans).

Je n'ai aucune expérience sexuelle, aucune. Il m'arrive de courtoiser des filles. Avec elles, je ne fais que juste causer. J'ai des amis de confiance, mais nous n'avons jamais eu de relations amoureuses ou sexuelles. Je ne peux pas dire que ces relations ne m'intéressent pas. C'est surtout à cause de mon père que

je m'abstiens à ces genres d'activités. Il contrôle toutes nos rentrées et sorties. Cela ne m'intéresse vraiment pas. Je peux dire que je me protège, j'évite de m'engager dans ces activités.

De son côté, Claudette raconte ne pas être en amour, mais qu'elle s'amuse en écrivant un carnet intime. Elle affirme être encore vierge. Elle raconte que sa grande sœur, voulant être sûre qu'elle n'a pas eu de relations sexuelles, a été vérifiée avec elle chez un gynécologue. Cette dernière a été surprise de constater que sa petite sœur disait la vérité.

M pa nan lanmou, men mwen konnen yon bagay. M toujou ap pale de lanmou, lanmou tifi, kanè sekre map pale, tel lanmou ki vre ke ou gen yon bagay mwen amuse m [...] Non m poko al ladan ditou. [...] Non m vyèj paske m gen yon grand sè m kit al kay yon gynekològ avè m li tal teste m, m di ou wè, doktè a di l yon ti moun konsa li pa dwe nan relasyon seksyèl, li di mesye konsa m pa kwe. (Claudette, 16 ans).

Je n'ai pas encore fait d'expériences amoureuses. Pourtant, je parle toujours des sujets relatifs à l'amour. J'en parle même dans mon carnet intime, je m'amuse. Je suis encore vierge. D'ailleurs, ma grande sœur ne me croyait pas à ce sujet. Elle m'avait accompagnée chez un gynécologue afin de me faire tester. Elle était surprise d'apprendre par le médecin que je suis vierge.

Fernelle affirme être courtisée par certains hommes, mais elle les repousse toujours. Elle dit n'avoir jamais eu de partenaire amoureux ni de rapport sexuel.

M poko fè youn, m poko fè seks m pa konn si tout moun bò lakay mwen m zanmi yo, m toujou apresye yo m renmen yo. M poko gen menaj, men gen moun kap mande m renmen m toujou ap repouse yo (Fernelle, 19 ans).

Je n'ai aucune expérience en ce qui a trait à l'amour ou à la sexualité. J'ai des amis dans mon quartier qui m'apprécient et moi je les aime. Cependant, je n'ai pas de partenaire amoureux. Des gars me courtisent, mais je les refuse continuellement.

L'infection au VIH serait la principale cause avancée par certains adolescents dans l'évitement des relations amoureuses ou sexuelles. Ils disent avoir peur de transmettre le virus à une autre personne. Carla a clairement indiqué que la cause de son refus de s'engager dans une relation amoureuse ou sexuelle est provoquée par l'infection au VIH. Elle affirme que même l'utilisation de préservatif n'est pas totalement sécuritaire. Selon elle, un accident peut

survenir lors de sa manipulation et le condom peut se déchirer. Elle préfère s'abstenir pour avoir l'esprit tranquille.

Se malad, malad ki fè m pè al nan renmen yo toujou di ou, ou met gen kapot lè ou al eseye talè ou tande ou mal dekachte l li pete ou toujou genyen l, la manman pral di ou mechan, pito m tann (Carla, 16 ans).

À cause de la maladie, j'ai peur de m'engager dans une relation amoureuse. D'ailleurs, j'ai entendu dire qu'il existe des risques même avec le préservatif. Il peut être déchiré ou mal utilisé. Le partenaire serait infecté dans ce cas et on me rendrait responsable. Je préfère m'abstenir.

Fernelle de son côté s'abstient pour trois raisons spécifiques : peur de l'échec, peur de tomber enceinte et peur de transmettre le virus à son partenaire. Elle dit que depuis l'âge de 17 ans, elle est courtisée par des hommes. Cependant, elle n'a jamais donné suite à leurs avances.

Non m toujou pè pou pi devan m pa vle pran echek nan men moun nan pou m wè m te renmen moun nan epi pou m wè m ta vin ansent pou moun nan di pitit la pa pou li oh degaje m epi sak pi bagay paran ou pral mete ou deyò epi pa gen kote pou ale. Wi, sa rante nan lign de kont lan tou e sak fè m toujou ap panse si mal nan bagay sa m di ou kwe m pap bay moun nan sida, se sak fè m pa rante nan bagay sa. [...] Depi laj 17 tan moun ap pale avè m men m pa reponn (Fernelle, 19 ans).

J'ai eu toujours peur de l'échec. Par exemple, être en amour avec un partenaire qui m'a rendue enceinte et affirme de ne pas être le père de l'enfant. En plus, mes parents pourraient me mettre à la porte alors que je n'ai pas d'autre endroit où aller. Sans oublier la peur que j'ai à transmettre le virus au partenaire. C'est d'ailleurs, la principale raison de mon abstinence. Depuis l'âge de 17 ans, des gens me font la cour. Je n'ai jamais eu l'idée de leur répondre.

Pour Bertha, elle dit en tant que personne vivant avec le VIH, elle s'abstient de relations sexuelles afin d'éviter d'infecter une autre personne. Elle dit qu'elle aurait bien aimé avoir un partenaire, mais à cause de sa séropositivité, elle choisit de rester seule.

M pa renmen pou m al nan bagay sa epi pou moun nan al pran nan sa m genyen an tan sa m met ret a sa m genyen. Ebyen depi ou al nan seks a moun nan kelkeswa maladi ou genyen an lap pran l. M ta renmen fè pitit men tan sa m gen lè pap ansent m ap rete konsa paske m pata renmen pou m gen yon bagay pou m al bay moun ni sa pa fèt (Bertha, 20 ans).

Je ne me lie pas en amour afin d'éviter les rapports sexuels et de ne pas infecter le partenaire. Je ne veux pas transmettre à une autre personne ma maladie. J'aurais bien aimé dans le futur, mais à cause de la maladie, je pense que je vais rester seule.

Carlos affirme qu'à cause de son infection au VIH, il a décidé de ne pas avoir de relation avec une fille. Pour lui, une relation amoureuse est toujours suivie de rapports sexuels. À son avis, il vaut mieux éviter les relations amoureuses et sexuelles afin de ne pas transmettre le virus à une autre personne.

Pou kounye a m poko ap fè menaj. M pa deside m poko bezwen fè menaj kounye a. Nan al fè menaj kounye a pral nan di w ou fè seks kounye a m wè ke li pa genyen epi pou m wè mwen menm m genyen, se mwen ki pral transmèt li se pou sa m di m poko ap fè menaj. Wi paskem konnen m genyen kifè m pa vle fè sesk a fi (Carlos, 17 ans).

Pour le moment, je n'ai pas de plan en ce qui concerne une liaison amoureuse. Les relations amoureuses sous-tendent des rapports sexuels. Je ne me vois pas dans une relation et de transmettre le virus à une autre. Je préfère m'abstenir des relations amoureuses puisque je sais que je suis porteur du virus.

Pour d'autres adolescents, la priorité est donnée aux études, sans pour autant nier leur désir d'avoir des relations amoureuses ou sexuelles. Rose se donne des objectifs précis avant de se lier en amour. Elle veut terminer ses études, et se trouver du travail afin d'aider sa mère. Elle dit devoir réaliser ses objectifs avant même de penser à faire des enfants.

Bon m pa bezwen fè pitit non fòm ta fini lekòl avan gen mwayen nan menn pou m ede manman pou m fè pitit (Rose, 18 ans).

Je n'ai pas besoin d'enfanter. Ma priorité est de terminer avec mes études et d'avoir les moyens d'aider ma mère.

Rome ne rend pas l'infection au VIH totalement responsable de son désintérêt pour l'amour et la sexualité. Selon ses propos, il a des objectifs bien définis qu'il veut atteindre. D'ailleurs selon ce qu'il a déclaré, il est en voie de finir ses études classiques, et il a de nombreux projets qu'ils souhaiteraient réaliser. Il dit qu'il fait beaucoup d'efforts afin d'éviter certaines choses.

Se pa enfeksyon an non ki fè sa pa enterese m paske vi pa m gen de etap m vle travèse ladann. Se sak fè m t al nan reto premye fwa m pat pase, m vin ap panse a sa, bien quant rèv mwen ase grand, bien ke rèv ou konn genyen se pa li k reyalize certe men mwen panse osi vè lavni pou m wè si m ta ka reyalize kelke pwojè mwen gen nan vi m yo avan menm ke map bat pou m pa tonbe nan yon seri de bagay [...] (Rome, 19 ans).

L'infection au VIH n'est pas la cause de mon manque d'intérêt pour les relations amoureuses. C'est plutôt à cause de mes projets de vie. J'ai été en examen officiel pour le bac 1ère partie, j'avais échoué. Cela me donne à penser, car mes rêves sont grands et je dois les réaliser. En ce sens, j'évite certaines situations afin de ne pas me mettre dans le trouble.

Alex, du haut de ses 15 ans, dit ne pas sentir le besoin de s'engager dans certaines activités. Il veut prendre son temps comme lui a conseillé son père et notamment terminer ses études.

M pa gen eskperyans. M pa wè rezon pou m ta nan renmen kounye a paske papa m toujou di m konsa pou m tann lè m. Pou m ta finn lekòl mwen (Alex, 15 ans).

Je n'ai aucune expérience dans ce domaine. Je ne vois pas les raisons pour lesquelles je me lierais en amour de si tôt. Comme me le rappelle toujours mon père, je dois attendre d'être mature et de terminer avec mes études.

Certains adolescents interviewés affirment avoir déjà eu un partenaire amoureux ou être encore dans une relation avec un partenaire. Ils racontent, cependant avoir pris la décision de ne pas avoir de rapports sexuels, et ce sous aucun prétexte. Bertha affirme ne pas avoir d'expérience en ce qui concerne les relations amoureuses. Elle dit avoir eu une relation amoureuse qui a duré quatre mois. Cette relation n'a pas continué à cause du refus de ses parents.

M poko fè eksperyans sa non menn. M te gen yon ti gason m te renmen avè l moun lakay mwen pat vle m bay vag li ret nan li menm mwen ret nan mwen menn. Nou pat dire anpil tann non, mwen kite pwiske moun lakay la mwen pat vle. Bon yon 4 mwa konsa m ta gentan moun lakan mwen pa vle (Bertha, 20 ans).

Je n'ai pas trop grande expérience dans ce domaine. J'avais eu un partenaire amoureux, mais mes parents refusaient la relation. J'ai été obligée de mettre fin à cette relation. Cela n'avait pas duré longtemps, près de quatre mois seulement.

De même pour Rose, elle a eu une relation amoureuse assez superficielle qui n'a pas duré avec un garçon de son âge. Elle dit ne même plus se rappeler de cette relation.

M pa renmen, m pa nan bagay sa. M gen 1 an ou 2 zan depi m pa fè bagay sa yo. Non nou pat fè l non. Nou renmen men m pa fè l, m pa konn. M pa sonje, m pa nan bagay sa a. Mwen pa renmen a ti gason non (Rose, 18 ans).

Je ne suis pas en amour pour l'instant. Cela fait près de 2 ans depuis que je m'abstienne de cette activité. Je peux être en amour, mais je n'entre pas en relation sexuelle. Je ne me rappelle même plus. Je ne suis pas dans ces genres d'activité.

Ulrick a connu plusieurs partenaires amoureuses. Il a commencé ses premières relations amoureuses à l'âge de 18 ans. Il a décidé de ne pas avoir de relations sexuelles avec ces filles parce qu'il ne voulait pas leur transmettre le virus. En outre, il dit ne pas avoir d'intérêt à avoir des relations sexuelles.

M pa vle ba yo l, m di fò m mouri avè l. M konnen bagay la pa trete vre, men m ap bwè konprime yo, [...] men se parapò avèk VIH la m pap fè lanmou avè yo, m pa sou sa. Mwen kòmanse renmen nan 18 an yo. Hm se lè zanmi yo ap pale de afè fi e jan sèks la bon chak lè m ap bwè konprime yo m toujou panse avè l, avèk maladi a [...]m tou bay vag (Ulrick, 20 ans).

Je ne veux pas transmettre la maladie aux autres, mieux vaut mourir tout seul. Je sais que la maladie n'a pas de traitement, mais je prends mes médicaments. Ce n'est pas à cause de l'infection au VIH que je ne fais pas l'amour avec les filles. Je ne suis pas intéressé tout simplement. J'avais eu mes premières relations amoureuses à l'âge de 18 ans. Même si mes amis racontent le plaisir de la relation sexuelle, je pense toujours à la maladie lors de la prise de mes comprimés. Cela me porte à ne pas trop penser aux rapports sexuels.

Pour Adline, ses parents savent qu'elle a une relation amoureuse. Cependant, ils lui font craindre les rapports sexuels. Selon ce qu'ils avancent dit-elle, dès qu'elle s'engagera dans des relations sexuelles, elle sera automatiquement enceinte. Ne se sentant pas prête à être mère de si tôt, elle se garde de tout rapport sexuel avec son partenaire.

Bon m pa di sa non, m poko enterese nan bagay sa paske moun lakay mwen pa janm yap fè m soufri matant mwen toujou di depi m tal nan seks panm map ansent poutet sa m jis pè m pa al nan seks. Wi m panse sa men moun lakay mwen pa menm di m sa menm yo di m depi m al nan seks avek menaj mwen an ka ansent, m ka tonbe nan lot bagay plis dèyè, m pral nan bay pitit tete, m pap ka manje m jis pè [...] (Adline, 17 ans).

Je ne suis pas encore intéressée par les relations amoureuses. Ma tante me fait croire que dès que je vais en rapport sexuel, je serai enceinte. Cela me fait peur. Elle me dit que cela compliquera ma vie, car je devrai allaiter l'enfant. De plus, je n'aurai pas de quoi me nourrir. En ce sens, je m'abstiens par peur d'être enceinte.

Tableau V. Expériences amoureuses des garçons

Prénom fictif	Âge de dévoilement	Âge 1 ^{ère} expérience amoureuse	Type de famille
Ulrick	16	18	Reconstituée
Joel	18	N ¹	Élargie
Martin	16	14	Élargie
Carlos	13	O ²	Élargie
Rome	14	O ²	Élargie
Alex	13	N ¹	Reconstituée
Marco	15	15	Monoparentale

1. N¹ = non, c'est-à-dire aucune expérience amoureuse.

2. O² = oui, c'est-à-dire une expérience amoureuse a eu lieu

Le Tableau V ci-dessus fait référence aux expériences amoureuses des participants. Il met en présence l'âge du dévoilement, l'âge de la première expérience amoureuse et le type de famille des garçons. Certains de ces jeunes (7/10) témoignent de leur première relation amoureuse. Ils affirment qu'ils se situaient lors du dévoilement de leur statut sérologique, dans la tranche d'âge entre [13 – 18 ans]. La majorité de ces adolescents racontent avoir déjà eu une relation amoureuse (5/7). Deux d'entre eux n'ont pas dit à quel âge ils ont eu leur première expérience. Ces premières expériences se font le plus souvent entre 14 à 18 ans. Les jeunes qui

rapportent avoir eu des relations amoureuses vivent dans une famille reconstituée (2/5), dans une famille monoparentale avec leur mère (1/5) ou dans une famille élargie (4/5). Nous ne disposons pas assez d'information à ce sujet pour établir un lien net entre le dévoilement et l'âge des premières relations amoureuses.

Tableau VI. Expériences amoureuses des filles

Prénom fictif	Âge de dévoilement	Âge 1 ^{ère} expérience amoureuse	Type de famille
Carla	15	N ¹	Élargie
Farah	15	N ¹	Élargie
Maryse	15	N ¹	Élargie
Arianne	11	N ¹	Reconstituée
Adline	12	17	Élargie
Claudette	14	N ¹	Élargie
Fernelle	15	N ¹	Reconstituée
Arielle	16	N ¹	Monoparentale
Rome	17	16	Élargie
Bertha	16	N ¹	Élargie
Alma	17	15	Élargie

Le Tableau VI ci-dessus met l'emphase sur les expériences amoureuses des jeunes filles. Il présente l'âge du dévoilement, l'âge de la première expérience amoureuse, l'âge de la première expérience sexuelle et le type de famille de ces filles. Bon nombre d'adolescentes (11/20) témoignent de leurs expériences amoureuses. Certaines d'entre elles vivent dans une famille élargie (8/11), dans une famille reconstituée (2/11) ou dans une famille monoparentale (1/11). Elles affirment avoir été mises au courant de leur statut VIH dans une tranche de [11 à 17 ans]. Une minorité (3/11) a déjà eu une expérience amoureuse entre [15 et 17 ans]. Aucune d'entre elle n'affirme avoir eu une relation sexuelle. En ce qui concerne le rapport entre l'âge

du dévoilement et l'âge de la première expérience amoureuse, deux d'entre elles ont fait leur première expérience avant d'avoir été informées de leur statut. Alors que la dernière a fait sa première expérience après le dévoilement de son statut.

b) Les premières fois

Les adolescents appartenant à la troisième catégorie regroupent ceux qui sont sexuellement actifs ou qui sont disposés à s'engager dans des relations sexuelles. Certains sont infectés au VIH par transmission verticale, et certains autres par voie sexuelle. Ils ont une certaine expérience dans les relations amoureuses ou sexuelles. Ainsi, cette section fait état de l'initiation aux relations amoureuses ou sexuelles des adolescents infectés au VIH, de leur deuxième expérience, et des relations subséquentes avec d'autres partenaires.

1. L'amour

Les jeunes garçons infectés au VIH depuis la naissance interviewés, racontent avoir eu leur première relation amoureuse entre 14 et 17 ans. Dans la majorité des cas, leur partenaire était moins âgée qu'eux.

Martin qui a fait ses débuts à 14 ans, qualifie l'initiation de ses relations amoureuses comme une période de l'amour « bébé ». C'est à ce moment qu'il relate avoir échangé son premier baiser. Il dit n'avoir eu aucune autre expérience que ce baiser.

Eksperyans ke m fè lè m te premye renmen ou konnen lè m te nan 5yèm ane [...] M pat twouve okenn bagay jan yo rele bagay sa yo se te lanmou Bebe [...] Se te premye beze m [...] Mwen menn bon premye a lè m tap fè 5e ane m te gen 14 konsa, m plis si li te gen 13 zan. Sete yon beze l te ye, yon echanj beze se annik li te bo m epi li ale epi m vire, m ale. Wi avè l ni premye ni dezyèm. M pa gen lot eskperyans ankò ni pou karese ni pou ou fè seks (Martin, 17 ans).

J'ai fait ma première expérience amoureuse en 5^{ème} année. J'avais à ce moment 14 ans et la fille 13 ans. Ce n'était rien d'autre que de l'amour d'enfant. Dès lors, c'était mon premier baiser. Nous avons échangé un baiser hâtif. Je n'ai aucune autre expérience après elle en termes de caresse ou de sexe.

Par contre, Rome raconte avoir débuté à l'âge de 17 ans. Il avait vainement tenté d'avoir un rapport sexuel avec sa partenaire. D'ailleurs, il remercie le ciel dit-il, que ce rapport n'ait pu avoir lieu. Cette période était pour lui l'âge de la folie. Il ne regrette pas que cette tentative n'ait pas pu fonctionner.

Men nou pat gentan rive nan eskperyans seksyèl lan nou ta pral komanse Bondye pou mwen tou sa pat gentan fet. Paske lè sa se yon laj foli ke li ye [...]. Bon bien entendu m pat konn si l te vyèj, si l pat vyèj. M pat gentan rive. Voila se yon tantativ li te ye, m pat gentan rive. Paske li menm li pat vle, Bondye pou mwen tou [...] Nan renmen, bon m pa fè seks du tou pa yon sel fwa m te eseye men sa pat mache byen ket ou li menm non te arive kite, [...] Nan premye eskperyans lan m te gen 17 tan konsa. E fi an te gen 15 zan (Rome, 19 ans).

Nous n'avions pas eu le temps d'avoir de rapport sexuel. Grâce à Dieu, cela n'a pas eu le temps de se produire. Je ne peux même pas dire si elle était vierge ou non parce que rien ne s'était passé. C'était juste une tentative. En plus, elle n'en voulait pas. Pour cette première expérience, j'avais 17 ans et elle 15 ans. Cette période était l'âge de la folie. Je remercie Dieu de n'avoir pas eu le temps d'entrer en relation sexuelle.

Marco dit avoir commencé à l'âge de 15 ans. Il dit avoir déjà eu plusieurs partenaires dans le passé. Certaines d'entr'elles étaient plus âgées que lui. Il affirme n'avoir jamais eu de rapport sexuel avec ces filles, de peur de leur transmettre le virus. Il se contente dit-il, uniquement de caresses.

Bon m pa remen fè sa konn pale a fi e m renmen avek yo tou paske m pa vle pou m vin kontamine yon lot moun pou m al gache. M komanse renmen depi a laj de 15 zan, le m renmen m paf e seks avek yo m jis konn fè lanmou avek yo epi anyen serye. Genyen kom gen 16-17 pli gran ke mwen tou. Wi m pase plizye e kounye a la m renmen. Nap byen viv (Marco, 18 ans).

Je peux être en amour avec les filles, mais j'évite les rapports sexuels parce que je ne souhaiterais pas contaminer une autre personne. J'ai eu ma première expérience amoureuse à l'âge de 15 ans. Dans mes relations avec les filles, nous faisons de l'amour, mais pas de rapport sexuel. Mes amoureuses

sont parfois plus âgées que moi (16 ou 17 ans). J'ai connu plusieurs partenaires amoureuses, et je suis actuellement en amour avec une fille.

Du côté des jeunes filles infectées au VIH depuis la naissance, l'âge des premières relations amoureuses se situe entre 15 et 17 ans. Le jeune homme est d'ordinaire plus âgé que la fille. Adline raconte avoir eu ses premières relations amoureuses à 17 ans. Son partenaire était de deux ans son aîné. Elle dit n'avoir partagé avec son partenaire qu'un simple baiser sur la bouche.

Non, m pap ka pale ou de sa. M pa ka pale, m apèn renmen a yon moun tout moun lakay mwen konnen premye fwa m a yon moun m fè menaj. Premye fwa m gen menaj. M pa gen yon two gran eskperyans nan sa men M gen menaj. Ti gason an gen 19 van, mwen menm m gen 17 tan sa vle di li 2 zan anplis mwen. Sa pral ba nou 4 mwa depi ke nou renmen. Sel bo m konn bo avè l. Non fè ti bo sou bouch Selman [...] se sak fè lè l mande m soti m di l non yo pap aksepte m soti avè w depi nou poko marye [...] Non li konnen wi. Yo te di l sa bon li pa di anyen.[...] (Adline, 17 ans).

Je ne peux rien te dire dans ce domaine puisque je viens tout juste d'avoir mon premier partenaire amoureux. Cela n'a que quatre mois. Je n'en ai aucune autre expérience. Nous avons fait que des baisers sur la bouche. Mon partenaire est âgé de 19 ans et moi j'ai 17 ans. Je lui ai dit que mes parents n'accepteraient pas que je sorte avec lui pas avant qu'on se marie. Mes parents l'ont mis au courant de ma maladie, mais il n'a rien dit à ce sujet.

Pour Josette, elle a eu ses premières relations amoureuses à l'âge de 17 ans. Son partenaire était âgé de 20 ans. Ils n'ont qu'échangé des baisers, sans aller plus loin. Elle a perdu contact avec lui après le séisme du 12 janvier 2010.

Bon sa pa fè lontan non depi m renmen. M kwè sa pral fè 1 nan. M pran anpil echek tou nan menaj mwen m toujou ret avè l paske semèn sa tou nou pa byen. Bon premye a se toujou gen konvesasyon sa. M te gen 17 tan. Li te gen 20 tan. Bon li an mentan tranblemen de tè pase m vin abite monri, m vin pedi kontak li tout kòdone m, potab li, Pat gen anyen kite konn fet. Wi, bo. Bon jan moun konn bo. Bon se rete m pat rete m vin pedi relasyon mwen m toujou pedi kontak li [...] (Josette, 19 ans).

Je n'ai pas une longue expérience en ce qui concerne les relations amoureuses. Cela fait un an environ que je suis avec ce garçon. J'ai connu beaucoup de difficultés avec mon partenaire. J'avais eu un premier avec qui j'entretenais de bonne communication. J'avais 17 ans et lui 19 ans. Il y avait rien eu entre nous que le partage de baisers.

Alma a eu ses premières expériences amoureuses à l'âge de 15 ans. Elle affirme ne pas encore avoir eu de relation sexuelle. Elle dit avoir décidé de cesser la relation après avoir appris qu'elle était infectée par le VIH.

Mwen poko fe bagay men mwen renmen. Mwen renmen depi a 15 zan, mwen te renmen epi mwen vin kite sa, mwen pa renmen anko. Mwen ki pa pale avek li ankò paske mwen konnen m malad. E pa pou di mwen di l mwen kite l non men m di l mwen fè yon poze sou sa epi li dakò. M pat konn, nou te konn bo, men nou pat li ka paret epi li bo m apre (Alma, 19 ans).

Je suis en amour, mais je n'ai pas encore eu de rapport sexuel. j'avais 15 ans lors de mes premières relations amoureuses. Nous nous sommes séparés. Depuis, je ne suis plus en amour. J'ai décidé de rompre la relation après avoir été mise au courant de mon infection. Il y avait rien eu que de simples baisers lors de cette relation.

2. Rapport sexuel

Certaines des jeunes filles infectées au VIH depuis la naissance révèlent dans leurs extraits d'entrevue, la tranche d'âge de 14 à 17 ans comme étant la période au cours de laquelle elles ont eu leurs premières expériences sexuelles.

Par exemple, Juna raconte qu'elle a eu son premier rapport sexuel autour de l'âge de 16 ans. Son partenaire sexuel actuel selon ce qu'elle affirme, est au courant de son statut sérologique. Ce dernier a été se faire tester pour le VIH et le résultat s'est révélé être négatif. Elle décrit ce premier contact comme une expérience douloureuse.

Wi m pa gen pwoblem ak menaj mwen map viv byen, nou pral gen 3 zan, men l konnen m enfekte, l te vin fè tes la tou l pa genyen l li konn sa trèbyen. Lot eskperyans, bon m te fè lot eskperyans men frè m pa finn dakò, l te dim poko gen laj pou bagay sa yo li te kalem m te kite sa. M wè 16 zan, 16 zan m te genyen. Bon lè m tap premye premyen renmen avek moun nan frè m nan pat dakò [...] apre sa m te vin bay vag. Non se pa moun m te nan premye fè bagay la. [...] Premye eksperyans fè bagay la, li pat bon, li pat bon paske li te fem mal, sa te pase lakay li, tout moun te okouran, m te konn al lakay li. Matant mwen konn sa, li pa di anyen (Juna, 18 ans).

Je suis en lien amoureux depuis bientôt trois ans. Il est au courant de mon infection. Il a fait le test de dépistage au VIH. Le résultat est négatif. J'avais fait d'autres expériences amoureuses dans le temps. Cependant, mon frère m'en interdisait à cause de mon jeune âge à l'époque. J'avais 16 ans lors de mes premières relations. Mes premiers rapports sexuels étaient douloureux. Ma tante était au courant de ce premier rapport, mais elle ne m'avait rien dit.

De son côté, Rose-Anne a eu ses premiers rapports sexuels à l'âge de 18 ans. Depuis l'âge de 16 ans, son partenaire l'incite à avoir des relations sexuelles. Elle a résisté et lui avait promis d'attendre l'âge de sa majorité. Elle affirme regretter avoir eu ce rapport à cause du secret qu'elle doit cacher à son partenaire. Elle dit avoir exigé de son partenaire qu'il utilise un préservatif lors de ce rapport afin d'éviter de tomber enceinte.

Bon sa fè lontan m te gen yon ti mennaj depi lè m te gen 16 zan, nou te toujou ap pale men avan sa m potko konn sa non, [...] li te ofri m pou m tale fè yon bagay m di non m pap kapab non paske m poko men m fin gen tete a. Kòmsi pou m ta al nan rapò avè l m te di non sèke m poko prè pou sa aprè sa si lap tann mwen lè m gen 18 tan pou m rantr nan yon bagay konsa, m toujou renmen avè l nou vin rekonekte ansanm, se lè m gen 18 tan m vin rantr nan rapò avè l lè m fin fè l men pa fwa m konn ap panse ak sa, men pafwa m konn regrèt [...] wap viv a moun nan kòmsi m pa ka twò kache l se vre lè m vin rantr nan relasyon avè l m toujou di l m pap sèvi san prezèvatif m di l men ou konnen l pa bon, ou ka pran maladi, ou ka ansent mwen, m pa lakay paran m, m jis la pou tan l ta vle m, m tou pwofite (Rose-Anne, 19 ans).

Je suis en lien avec mon partenaire depuis l'âge de 16 ans. À ce moment, je n'étais pas encore au courant de mon statut VIH. Il m'avait demandé d'entrer en rapport sexuel avec lui. J'ai refusé, car je n'avais même pas encore eu de seins. Je lui ai dit d'attendre que je sois plus mature. Nous avons eu notre premier rapport sexuel quand j'ai eu 18 ans. Parfois, j'ai le regret d'avoir eu ce rapport avec lui. C'est dur d'être avec quelqu'un et de lui garder un secret. Par ailleurs, je lui demande d'utiliser de préservatif afin d'éviter d'être enceinte ou de se protéger contre des maladies infectieuses.

Certaines adolescentes infectées au VIH depuis la naissance interviewées affirment non seulement être actives sexuellement, mais aussi être déjà mères. C'est la situation dans laquelle se trouvent Andréa, Carine et Jeanne.

Andréa rapporte avoir eu son premier rapport sexuel avec son premier partenaire en 2008. Selon elle, ce premier rapport a été difficile, car elle a saigné pendant près de quatre jours. Elle rapporte en outre avoir été violée en 2011. Suite à ce viol, elle est tombée enceinte et a donné naissance à une fille.

Mwen ansent 2011, mwen akouche fen 2011 epi mwen te vin rankontre avèk yon ...se an 2011 sa mwen te vyole, m vin fè yon ti moun 2011 [...] Premye ekperyans mwe se te an 2008, mwen te renmen avek yon jenòm, lè sa m tap fè 7eme, nou te gen yon trè bon relasyon men avan ke m te repon ni [...] nou te fè 1an renmen epi an 2009 nou vin kite. Sam te ka di la, pat gen ase de lespri pou m te swiv sa men li pat koman te ka di sa premye relasyon seksyèl mwen li pat two fasil m te fè prè 4 jou mwen tap bay san san rete, men m pat gen ase de kouraj pou m te avwe granmè m, yo vin konn sa jis nan yon ane aprè, nan yon ane aprè paske dezyèm relasyon an mwen te di l fòk li al konn moun lakay mwen, se lè sa yo te vin konnen ke m te nan ti gason (Andréa, 20 ans [MA; VV]).

Je suis enceinte en 2011, j'ai accouché en 2011 et j'ai rencontré quelqu'un ... c'est en 2011 qu'on m'a violé. [...]J'avais entamé mes premières expériences en 2008. J'étais en 7ème année et nous entretenions de bon rapport. Nous nous sommes séparés en 2009. Je n'étais pas très mature lors de mes premiers rapports sexuels. Ces rapports étaient un peu douloureux puisque je passais près de quatre jours à donner du sang. Après un an j'ai eu un autre partenaire. J'avais demandé à ce dernier de se présenter devant ma famille. C'est à ce moment que mes parents savaient que j'ai eu des expériences sexuelles.

Carine rapporte être amoureuse d'un partenaire moins âgé qu'elle. Elle dit avoir débuté à l'âge de 16 ans avec des caresses, puis elle a eu ses premiers rapports sexuels à 17 ans. C'est aussi à cet âge qu'elle est devenue enceinte et mère d'un enfant. Étant commerçante, sa mère est souvent absente de la maison et les rapports sexuels se font le plus souvent chez elle. Carine affirme ne pas avoir beaucoup de plaisir lors de rapports sexuels. Elle raconte que le premier rapport était douloureux. Elle dit avoir beaucoup saigné ce jour-là. Une fois enceinte, Carine rapporte qu'elle a cessé toute relation avec son partenaire.

A 16 zan m komanse renmen wi, lè w renmen lè m ou nan fè ti lanmou ou pa konn lè ou fè seks gen de fwa l fache poutet m pa vle viv avè l m pa dako m poko vle, epi pandan m gen 17 tan m chwazi fè avè l, m fè sèks avè l m viv avè l. 15 zan, li te gen 15 zan. Non, m pat chwazi sa m pat konn laj li, e apre m fini renmen lè map mande l ki laj kounye a m vin konnen, kom nou te gentan renmen m tou rete. M renmen avè l a 16 zan, men depi nan peryod 16 zan nou koumanse karese

epi a 17 tan an nou koumanse fè seks. Lakay mwen, nou konn fè seks. M pa pran yon two gran plezi ladan. Li te di, li te fè m mal. M te senyen. Gen kèk jou mwen pa fè l, pa kèk jou, kèk mwa. Nou fè chak mwa ou chak 15 jou. Men a chak fwa se lakay mwen l vini. Nou gen pafwa m konn al lakay li tou wi. Wi depi lè m ansent lan m pa janm pale avè l. Nou pafè seks menm. Timoun nan byen, yo te di m vin la avè l, yo te fè tès pou li, yo di li pa enfekte (Carine, 18 ans [MA; VV]).

J'ai débuté mes premières relations amoureuses à l'âge de 16 ans. Dès qu'on se lie en amour, on commence à se faire caresser, le sexe va arriver sous peu. Mon partenaire se fâchait du fait que je ne voulais pas entrer en rapport sexuel. À l'âge de 17 ans, j'ai choisi d'entrer en relation sexuelle. Il était plus jeune que moi, et âgé de 15 ans. Je suis au courant de son âge après avoir accepté d'être sa partenaire. Les rapports sexuels se font d'ordinaire chez moi. Je ne prends pas de plaisir dans ces rapports. Pour le premier, j'ai eu beaucoup de douleur. Il m'a rendue enceinte, et depuis nous n'avons pas eu de rapport.

De son côté, Jeanne raconte que sa mère n'avait pas les moyens pour prendre soin d'elle et elle a dû avoir assez tôt des relations amoureuses. Elle dit avoir eu ses premiers rapports sexuels à l'âge de 14 ans, à cause de sa précarité financière. Son partenaire était âgé de 22 ans. Les premières expériences ont eu lieu chez un ami de son partenaire. Jeanne rapporte sa déception par rapport à ses relations amoureuses et sexuelles. Elle dit que les hommes avec qui elle a eu des rapports n'ont rien apporté de positif dans sa vie.

Premye eksperyans mwen, manman m pat aksepte m te renmen ak tinèg la. Li nèk pèdi m li pafè anyen pou mwen ankò lè sa m te gen 14 an. Li te gen 22 an. Esperyans ke te fè ansanm avè l e pat lakay mwen ni pat lakay li, se yon kote nou te al kay yon zanmi li te fè l ansanm avè m [...] chak nèg mwen pran y opa itil mwen anyen tou. Wi m te konn gen vant fè mal, paske l te peze lonbrit mwen pou san pat vide sou mwen, ann apre san an te vini. Kon sa nou te fè l wi san presèvatif (Jeanne, 19 ans [TS; VV; MA]).

Pour ma première expérience, ma mère ne voulait pas que je sois avec ce partenaire de 22 ans. Il a pris ma virginité à l'âge de 14 ans et n'a rien fait pour moi. Cette première expérience avait eu lieu chez un de ses amis sans utilisation de préservatif. J'avais mal au ventre en ce moment. Il avait pressé mon nombril pour que le sang ne coule pas. Je constate que les garçons que je fréquente ne font rien pour m'aider en terme économique.

Girma a eu ses premières relations amoureuses et sexuelles à l'âge de 16 ans. Son partenaire en avait 20. Ces premiers rapports ont eu lieu chez le garçon et sans avoir utilisé de préservatif. Cet homme l'avait très bien aidée sur le plan économique dit-elle, puisqu'il avait un emploi. Elle relate avoir vécu ses premiers rapports sans aucune difficulté, car contrairement à ce que d'autres filles racontent, elle n'a eu aucune douleur. Girma dit ne pas pouvoir expliquer pourquoi ses relations ne durent jamais longtemps. D'ailleurs, ce sont eux qui décident toujours de l'abandonner ou de rompre.

An m te renmen ak yon ti gason. Patnè te arive pati, sel li kite konnen premye menaj mwen se li kite pèdi m, [...] se sak m pa janm fè bagay a kapot, san kapot m toujou fè l, kounye a m di m gen pwoteksyon wi menm lè sa sa pa di l anyen men li te renmen m te konn sak rele renmen an an aprè li te kite m, li vin pati m pa janm tande nouvel, e li kite kom ede m tou li te nan travay. M te gen 16 zan. M pedi a menm 16 zan an, m pedi m pa bay san m pedi m pa gen lafyèv ah m pedi nomal [...] Lakay li, m te pedi lakay li. Li te gen 20 tan [...] M te fè 3 zan avè l. Premye eskperyans mwen nan chak neg m pase yo pa fè anpil tan avè m m pa konn sak pase (Girma, 20 ans [TS; VV]).

J'ai eu mes premières expériences sexuelles avec mon premier partenaire à l'âge de 16 ans. Ces premiers rapports ont eu lieu chez lui sans aucune difficulté. Je n'avais rien senti, je ne saignais même pas. Il n'avait pas mis de préservatif lors des rapports. Nous avons passé trois ans ensemble. Il a voyagé et je n'ai jamais eu de ses nouvelles. Je ne comprends pas pour quelle raison, les hommes avec qui je suis en relation ne passent pas beaucoup de temps dans une relation avec moi.

Parmi les adolescents interviewés, une minorité est infectée au VIH par voie sexuelle. Ces adolescentes et adolescents dans cette situation sont Juliette, Judith, Julio et Roger. Juliette affirme avoir eu ses premiers rapports sexuels vers l'âge de 14 ans avec un partenaire de cinq ans son aîné. Elle dit ne pas avoir l'habitude d'utiliser de préservatif lors des relations sexuelles. Elle dit avoir pris plaisir à faire l'amour et avoir des rapports sexuels.

Ou konnen m pot ko, e se pa yon bagay m te konn abitye fè e m al fè an mod moun konn ap di kounye m vin pèdi, l oblige fè m al kontinye m vin malad manman ap vin konnen an apre m vin ap eksplike l men sak pase men sak pase. Nan chanm lakay li. Nan chanm lakay li a wi, kay li a se kay manman l abite [...] M jis te renmen menaj mwen, m chwazi fè l m fe l pe enppot nou fe l [...] M pat konn mete pwoteksyon lè n ap fè bagay. M nan renmen depi a 14 zan, m ka fè ti renmen jwet ti renmen an kachet paran pat konnen [...] men m fè 3 renmen

kounye a se sou 3eme nèg lan m vin avè l [...] Premye a li te pi gran pase m lè sa li te gen 19 van mwen men m te genyen 14 zan [...] M te fè 2 a 3 zan konsa avek premye moun nan [...] M renmen fè lanmou anpil apre sa l kouche m renmen fè bagay. Gen anpil lot fason men m pa renmen yo (Juliette, 20 ans [VS]).

J'ai eu mes premières expériences à l'âge de 14 ans et le partenaire avait 19 ans. Ma mère avait été au courant parce que je devenais malade après ce rapport. Il n'avait pas utilisé de préservatif lors de cette relation. Le premier rapport avait eu lieu chez lui. J'avais choisi de faire le sexe avec lui parce que je l'aimais. J'aime beaucoup faire l'amour et le sexe.

Pour Judith, elle a commencé ses activités sexuelles à 16 ans avec son premier partenaire qui vit actuellement à l'étranger. Elle dit avoir eu des réticences à s'engager dans des rapports sexuels. Cependant, sous l'influence de ses amies et de son partenaire, elle a cédé. Comme son partenaire insistait, elle a accepté de faire l'amour avec lui et ce dernier a profité «pour prendre sa virginité». À ce moment dit-elle, elle a eu de fortes douleurs et a beaucoup saigné.

Premye a li an frans, m te konn byen viv lontan lè sa a m pot ko malad paske se apre 12 janvyè li pati. Lè sa m vin pati, ti medam vin ap pran tèt mwen vreman nou fè lanmoun le sa l arive pedi m. M te genyen 16 zan, sa te fèt Bò lakay mwen. Li mande m fè seks nan jodi m di l m pap kapab non m fè demen si dyevle li rele m li di m pap fè sèks, li di a depi ou wè ou pa vle fè seks avè m paske ou pa renmen m, m di paske m pa renmen ou m di m pap fè epi menm kote a nap fè lanmou bagay sa yo, li pran peni l li mete l, li di oh apa te vyèj vre, [...] e li vin arive pedi m, [...]. Wi premye moun. Wi avan m te konn fè ti lanmou avan m pat konn fè sèks. Wi m te bay san, li te fè m mal (Judith, 19 ans [VS]).

Il a pris ma virginité à l'âge de 16 ans. Il m'avait demandé d'entrer en relation avec lui, ce que j'avais refusé. Il a interprété mon refus comme un manque d'amour. Un autre jour, j'ai accepté de faire l'amour avec lui et à ce moment il m'a pénétrée. Il était étonné de constater que j'étais vierge. Ce rapport était douloureux et j'avais beaucoup saigné.

Julio ne se souvient pas trop à quel âge il a eu exactement ses premiers rapports. Il dit avoir commencé dans ces activités autour de 13 ou 14 ans. Cependant, depuis qu'il a appris qu'il est infecté par le VIH, il n'est plus intéressé à avoir de relations amoureuses.

Bon m pa gen anpil eksperyans nan sa, bon depi lè m vin aprann m gen viris la m pa jann pran tan nan bagay fi oparavan lè m potko konnen te genyen l m te plis sou fi men kounye a m pa kwe m sou bagay sa yo. [...] M te gen 13 ou 14 zan m te kòmanse. M te genyen Menaj. Bon premye menaj la m gen anpil tan depi 13 - 14 zan, men si ou pa jann rankontre l. E bagay jwèt timoun pa konn gen gran choz ladan sa se bagay ki pase lontan (Julio, 19 ans [VS]).

Je n'ai pas une trop grande expérience en relation sexuelle. Depuis que je suis au courant de mon infection, je ne suis pas trop préoccupé par les relations sexuelles. Avant, je fréquentais plein de filles, mais maintenant j'en ai presque plus. J'avais débuté en relation amoureuse vers l'âge de 14 ans. À ce moment, c'était surtout de l'amour d'enfant.

De son côté, Roger se rappelle de son premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans et au cours duquel il a enlevé la virginité de sa partenaire. Pour ce premier rapport qui a eu lieu à son domicile, Roger dit qu'il a été surpris de voir que sa partenaire était vierge quand elle a commencé à saigner. Ils étaient tous deux âgés de 15 ans lors de ce rapport.

Depi avan, bon sa m te fè avan an premye menaj mwen m te fè l an apre lè m vin wè bagay sa yo m wè sa pa anyen, an aprè plis. Premye fwa m te ka gen 15 zan, kounye a nou kite a 16 zan manzè gen menn laj avè m tou, [...] e nou te fè de seri de bagay, nou te fè seks ansanm m ap toujou respektè ou paske se tout devwa pa m. Se li men ki te premye fwa m te fè avèk. Se mwen ki te pèdi l. Sa te fèt lakay [...] m wè n ap fè ti bagay nou ansanm m wè san pete m etone men limen lap vin di m se kounye a li pèdi l etone (Roger, 19 ans [VS]).

J'ai passé près d'une année avec ma première partenaire. Nous avons eu le même âge (15 ans) lors des premiers rapports sexuels. J'ai pris sa virginité chez moi. Nous étions tous deux étonnés quand elle commençait à saigner. Je lui dois du respect puisque je suis celui avec qui elle a eu sa première relation sexuelle.

Tableau VII. Expériences sexuelles des filles et des garçons

Nom fictif	Mode de transmission	Sexe	Âge dévoilement	Âge annonce VIH	Âge 1 ^{er} rapport sexuel	Âge du partenaire	Type de famille
Jeanne	verticale	F	10	-	14	22	Monoparentale
Rose-Ann	verticale	F	16	-	18	?	Élargie
Juna	verticale	F	16	-	16	?	Élargie
Andréa	verticale	F	14	-	15	?	Élargie
Josette	verticale	F	9	-	18	23	Reconstituée
Girma	verticale	F	15	-	16	20	Élargie
Carine	verticale	F	14	-	17	15	Monoparentale
Jude	verticale	M	17	-	17	?	Élargie
Julio	sexuelle	M	-	18	14	?	Nucléaire
Roger	sexuelle	M	-	16	15	15	Monoparentale
Juliette	sexuelle	F	-	19	14	19	Monoparentale
Judith	sexuelle	F	-	17	16	?	Monoparentale

Le Tableau VII ci-dessus porte sur l'expérience sexuelle des répondants des deux sexes infectés par voie sexuelle ou par transmission verticale. Il met en présence, l'âge du dévoilement, l'âge de l'annonce du VIH, l'âge du premier rapport sexuel, l'âge du partenaire et le type de famille de ces jeunes. Douze (12/30) adolescentes et adolescents affirment avoir déjà eu des relations sexuelles dont 9 filles et 3 garçons. Ils se répartissent en deux groupes : ceux infectés par transmission verticale (7 filles et 1 garçon), ceux infectés par voie sexuelle (2 filles et 2 garçons). L'âge du dévoilement pour le premier groupe se situe dans la tranche de [9 -17 ans]. Alors que pour le deuxième groupe, le résultat du test de dépistage du VIH a été donné dans la tranche de [16 à 19 ans]. Le premier rapport sexuel se fait dans la tranche de [14-18 ans] pour le premier groupe. Alors que pour le deuxième groupe, il se situe dans la tranche de [14 à 16 ans]. L'âge du partenaire lors du premier rapport sexuel pour le premier groupe se situe entre [15 - 23 ans] et pour le second groupe entre [15 -19 ans].

c) Les rapports subséquents

Les adolescentes et adolescents infectés par voie sexuelle affirment avoir eu plus d'une expérience sexuelle. Le plus souvent les jeunes filles se lient d'amour avec un autre partenaire après une rupture avec le partenaire précédent.

Juliette a connu son deuxième partenaire à l'âge de 17 ans. Elle était au courant que celui-ci avait d'autres liaisons amoureuses, il était déjà père d'un enfant. En dépit de cela, elle dit avoir accepté de devenir son amoureuse. Elle affirme n'avoir jamais utilisé de préservatifs même avec ce deuxième partenaire.

2eme nèg lan se yon neg ki te chwazi renmen m, m te avel kom m pat gen menaj m te avel, se yon neg ki te gen fi, li te gen madan epi li te gen yon pitit, epi tou mwen renmen tou m te vin renmen asansanm avè l. M te gen 17 tan, m vin renmen ansanm avel, manman m vin konnen kounye li konnen a neg lan li konnen neg lan, gen pitit an apre m rete manm ti bagay la diskisyon nou kite. Toujou san kapot, m pat konn mete kapot. Nou konn al nan otel pafwa. Nou konn al nan otel apre sa nan cham, nan cham zanmi m, men le plisouvan se nan otel m ale. (Juliette, 20 ans [VS]).

Le deuxième partenaire avec qui j'ai eu une relation à l'âge de 17 ans, c'était quelqu'un qui m'aimait. Comme j'étais libre en ce moment, j'avais accepté d'être avec lui. C'était un homme polygame qui avait aussi des enfants. Ma mère ne voulait pas de cette relation et j'ai dû me séparer de lui. Nos rapports sexuels se font le plus souvent dans une chambre d'hôtel. On n'utilisait pas de préservatif lors des relations.

Pour Judith, suite au voyage en Europe de son partenaire, elle a eu un deuxième partenaire avec qui elle a continué à avoir des expériences amoureuses et sexuelles. Elle dit beaucoup aimer faire l'amour, mais moins aimer le rapport sexuel. Elle raconte avoir souvent eu de fortes douleurs lors du début de la pénétration.

Se pa pou di nou te kite, li pral pati pandan lap vini m pran kouri a vin sou mwen sa vle di depi lè sa m pa vle wè l tankou yon bagay yo te fè pou mwen pou m pat vle wè l [...] Sa m renmen plis, se karese a m renmen, fè lanmou. Li fè mal avan l antre, bon pa mande si w sere men li plis fè w mal, men pandan setan moun nan

ap li pa fè w mal ankò. Non pa gen moun ankò, se dezyèm moun map fè sèks (Judith, 19 ans [VS]).

Il n'y avait pas de séparation avec mon premier partenaire. Il allait voyager, il était venu me voir, je ne voulais pas le rencontrer. Je le détestais d'une manière qu'on dirait suraturelle. J'aime beaucoup faire l'amour. Pour le sexe, j'ai de la douleur au moment de la pénétration, plus douloureux si le vagin est sec. Puis la douleur passe avec le frottement. Après le deuxième partenaire, je n'ai pas connu d'autres personnes.

D'un autre côté, Julio a eu diverses filles comme partenaires sexuelles. Il affirme ne pas les considérer comme partenaires amoureuses, car ses relations avec ces filles ne dépassent pas un an. Il affirme que les filles avec qui il est en relation sont le plus souvent, plus âgées que lui.

Dezyèm nan lè m vinn kòmanse ap gen lespri tankou gen menaj m pa plis zanmi m yo te konn toujou ap di fi pa bon, fi pa bon bagay sa yo pa konn nan renmen bagay sa yo, m pa ka di l, bon vinn nan dezyèm nan pa ka di bon bon m pat konn genyen yo kòm menaj vre. Bon m pa jann fè plis ke 1 nan, tankou premye a m fè anviwon 5 mwa konsa, dezyèm nan 8 a 9 mwa. Non yo pli gran ke mwen (Julio, 19 ans [VS]).

Les filles avec qui je suis en amour sont pour la plupart des amies. Je ne les considère pas vraiment comme partenaire amoureuse. D'ailleurs, je ne passe pas longtemps dans une relation amoureuse. La durée de mes relations ne dépasse pas 1 an. Pour ma première expérience a duré 5 mois alors qu'avec la deuxième j'ai passé entre 8 et 9 mois.

Pour sa part, Roger dit avoir rencontré à la clinique pour adolescents la partenaire avec qui il est présentement en relation. Elle est aussi infectée par le VIH. Roger dit espérer que ce sera la personne avec qui il va fonder une famille.

Pandan setan m poko al nan fè seks men nou fè lanmou pataj manzè pou devwa se fè tout bagay ki pou ou ap wè lap ankourage m avèk bagay lekòl mwen ankourage l plis m di menm ki sa ou tap mande Bondye a kounye a jwen, sa m tap mande Bondye a m jwen ni menn pou nou gen tèt ansanm pou nou gere yon foye lè nou vin nan kan men kijan pou nou mesire nou pou nou ka gen tèt ansanm pou ben a lot pa ka grangou (Roger, 19 ans [VS]).

Avec l'actuelle partenaire, je n'ai pas encore eu de rapport sexuel. Elle m'encourage dans mes activités scolaires. Cela m'a grandement plu. Je

remercie Dieu, car ma prière est exaucée en la personne de cette fille. Je discute avec elle de la manière dont nous devons nous comporter afin que nous soyons toujours en harmonie.

Comme les adolescents infectés par voie sexuelle, certains adolescents infectés par transmission verticale racontent avoir connu plus d'un partenaire amoureux ou sexuel. Juna raconte avoir eu son deuxième partenaire à l'âge de 18 ans. Leurs parents sont au courant de la relation. Elle se sent à l'aise avec son partenaire aussi bien qu'avec sa famille.

Kounye a ki se dezièm nan e denye a gen 22 zan. Mwenm mwen gen 18 tan, nou fet menm dat. Dèfwà m al lakay li, li vin lakay mwen tou nou alèz, pou n karese ak fè seks se Lakay li, tout moun Menaj konnen, li gen chanb pa l. M pa konn konbyen non, nou wè souvan, lè n pa wè souvan, se lè m an pwovens. M renmen mwen pa wè poukisa m pou m pa renmen se pa pou yon bagay. Se pa pou zye l, se pa pou. Ni se pa pou kob li tou mwen renmen, mwen chwazi ret avel. Nou pa konn pale de sa non, li toujou ap di m bwe medikaman yo (Juna, 18 ans).

Mon deuxième et dernier partenaire est âgé de 22 ans. J'ai actuellement 18 ans, nous sommes nés à la même date. Pour nos relations amoureuses ou sexuelles, nous les faisons chez lui ou chez moi. Nous sommes très à l'aise. Je l'aime tout simplement sans aucun intérêt particulier. Il me conseille toujours de prendre mes médicaments.

Andréa a son deuxième partenaire qui vit à l'étranger. Elle entretient de bonnes relations avec celui-ci. Elle affirme que ce partenaire est au courant de sa maladie. Pour elle, ce dernier est un ami, un partenaire amoureux, un père. Selon elle, cela s'explique par le fait qu'il la soutient dans tout ce qu'elle entreprend.

Mwen te fè yon 2yem esperyans pat two difisil, [...]Aktyèlman la m gen yon moun, m gen denye relasyon ki ankou nou gen 9 mwa, mesye sa sa li konnen ke mwen malad, men li pap viv isit li konnen ke mwen malad men li viv trè byen avè m. Se pa yon denyè relasyon kem genyen, se pa moun mwen wè souvan, se selman l rantrè isit ke n asan m aprè se Li konn tout afè m se zanmi m, se menaj mwen e se tankou yon papa pou mwen, paske li sipòte m nan tout bagay ke map fè tout sa map fè li toujou okouran. Non li pa isit lap viv lòtbò dlo, mwen menm mwen isit dèfwà lè l rantrè mwen toujou ansanm avè l (Andréa, 20 ans [MA; VV]).

J'avais fait une deuxième expérience. Je suis dans une relation qui a neuf mois. Le partenaire est au courant de ma maladie et il se comporte très bien à

mon endroit. Il vit à l'étranger. Quand il est rentré, je suis toute à lui. Il est mon ami, mon amant et un père. Il me supporte dans tout ce que je fais.

Pour Josette, elle a eu sa première expérience sexuelle avec son deuxième partenaire à l'âge de 18 ans. Elle dit avoir utilisé un préservatif lors des deux activités sexuelles qu'elle a eu avec son partenaire âgé de 23 ans. Selon ce qu'elle relate, elle n'a pas souvent de rapport sexuel, d'autant plus qu'elle ne voit que rarement son partenaire qui habite en République Dominicaine.

[...] Li genyen 23 zan. Wi m fè seks avè l apre sa matant mwen toujou di m pou m fè seks a kapot. [...]. Non lè m te fèk pedi a m pat bay san non, se lè m te vin lakay mwen m wè m bay san Li pat gen doulè non selman nan apre midi m te santi yon ti fyèv, apre sa anyen non. Lakay li mwen te genyen 18 tan lè m premye fè seks lan. Non m pa preske fè seks avè l paske m preske pa wè l a pèn yon 2 fwa epi se toujou a kapot. Chak tan m rete m wè l pa rele m, m pa janm tande l, epui pou semèn kanaval li te gen pou l tal Sendoming li pa al Sendoming vre, li rete (Josette, 19 ans).

Mon deuxième partenaire était âgé de 23 ans. Ma tante me conseille d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels. Au premier rapport, je ne saignais pas au même instant. Je commençais à saigner quand j'arrive à la maison et j'ai eu de la fièvre. J'avais 18 ans à ce moment, et cela s'était produit chez lui. Je n'ai plus de contact avec lui parce que je ne le vois presque plus.

Girma a eu un deuxième partenaire qu'elle qualifie de «vagabond». Ce, à cause de son fort intérêt pour les filles et la sexualité. Cette relation n'a duré qu'une année selon les propos de Girma.

M te vin renmen avè yon lot ti patnè anko, men ti patnè sa [...] 2yem nan e vakabon, m pa nan vakabon, 2yem nan te cho m pa renmen neg ki cho, depi l tande vwa m li gentan sou sa. [...] A a m gentan sou ou la a. Vin kote m m pap vini li gen sou sa fasil depi annik tande vwa l li pa konn kote pou l met ko l. Nou ta pral gen 1 an m te vin kite avè l (Girma, 20 ans, [TS ; VV]).

J'avais un deuxième partenaire, mais il était un vagabond. Ce que je n'apprécie pas. Il aimait beaucoup faire le sexe. Dès qu'il entend ma voix, il avait déjà envie de me coucher. J'allais avoir un an avec lui et on s'est séparé.

Pour sa part, Jeanne a connu un deuxième partenaire qui l'a mise enceinte à l'âge de 15 ans alors qu'il en avait 25. Ce dernier n'a pas su assumer ses responsabilités. Elle affirme n'avoir entretenu aucun rapport avec ce partenaire à cause de son comportement.

Lòt la m te vin ansanm avè l, li ban m yon pitit li pa okipe m avè l e mwen menm k ap fè kou m konnen si m pa genyen e m avann n, m konn ap dòmi kon sa leve kon sa. Lè m te vin wè sa, lè m te vin nan 4 - 5 mwa yo, m te mete m kò m deyò pou m te ka manje. M te gen 15 an lè m te ansent lan, timoun nan 4 an. Mesye a la wi, li te gen 25 an. Non m pa pale avè l, m pa gen amoni ansanm avè l (Jeanne, 19 ans [TS; VV; MA]).

L'autre partenaire avec qui j'étais devenu en relation m'a rendu enceinte à l'âge de 15 ans et n'a pas pris soin de moi ni de l'enfant. Il est âgé de 25 ans. Je vis dans une situation économique difficile. Je suis obligée de me débrouiller par tous les moyens afin de répondre à mes besoins et à ceux de l'enfant.

Jude a eu ses premiers rapports sexuels avec sa deuxième partenaire. Il avait fait la demande à la fille et elle a accepté de venir chez lui le jour de son anniversaire pour faire l'amour. Jude raconte qu'il avait utilisé un préservatif par mesure de prévention. Selon ses propos, c'était son premier rapport alors que ce ne l'était pas pour elle. Il dit d'ailleurs que c'est la fille qui l'indiquait ce qu'il devait faire. À ce moment dit-il, il se sentait comme un imbécile par son manque de savoir-faire.

Sa gen kèk tan n anviron 1 an. Avèk dezyem nan. M te rive se te jou anivèsèm m, m t rele l m te di l L. m bezwen w, kon se te jou fèt mwen li vini lakay la, tan l vini an nap pale nou kouche epitou m di l mwen anvi fè lanmou avè w jistan nou fè lanmou nap jis fè sa m mete prezèvatif. Se premye fwa. Kòm se premye fwa, e li men m se pat premye fwa se li men m ki kon n ap dikte m paske se pa premye fwa m santi m tankou yon egare jan map fè l la e m pot ko abitye nan jan de bagay sa yo. M te mete prezèvatif, m pat kite, m pat chache sa tou, tankou la ou k malade, men li ka pwoteje nou tou de.Wi, m retire l devan l, m mete l devan l (Jude, 18 ans).

J'ai environ un an avec ma deuxième partenaire. Le jour de mon anniversaire, je l'ai appelée pour venir me rejoindre à la maison. Elle était venue. Nous faisons l'amour et nous avons eu des relations sexuelles avec protection. C'était ma première fois, mais de son côté, elle avait eu déjà de l'expérience dans ce domaine. D'ailleurs, c'est elle qui m'avait expliqué comment faire.

Certains adolescents affirment avoir connu plus que deux partenaires et continuent à avoir des rapports sexuels. Par exemple, Julio raconte qu'il est en couple depuis quatre mois avec sa partenaire. Il soutient qu'il se sent mal à l'aise de ne pas pouvoir mettre sa partenaire au courant de sa maladie. Il dit avoir appris la leçon de sa mère, qui avait mal réagi après lui avoir dit le résultat de son test. Il estime ne pouvoir faire confiance à personne d'autre dans cette situation.

Jiska prezan map byen viv sèl sa m pa gen kouraj pou m di l ke map viv avèk maladi a se sèl sa ki bann pwoblèm. M pa gen anpil tan avè l, 3 ou 4 mwa. Wi mwen wè sa enpòtan pou m ta di l, m pa gen ase de kouraj pou m ta di l, m pran menn egzanp toujou bagay manman m nan lè m wè m te di manman sa m wè kijan l te reyaji m pa oblije di okenn moun sa ankò apre kouzen nan m te fin di sa se sak fè m pa ka di menaj mwen an sa (Julio, 19 ans [VS]).

Je vis jusqu'à présent en harmonie avec ma partenaire. Cependant, je n'ai pas assez de courage pour lui annoncer que je suis infecté. Cela constitue mon plus gros problème. Nous avons que 4 mois ensemble. Je pense que ce serait important de partager l'information avec elle. Par contre, j'ai pris l'exemple de ma mère, la façon dont elle a réagi après avoir été informée de mon infection. Cette expérience ne me donne pas envie de partager ce secret avec personne d'autre.

De son côté, Juliette après la séparation avec son deuxième partenaire, a rencontré un autre qui a plusieurs autres femmes et a également des enfants. Elle dit avoir accepté d'être en relation avec cet homme parce qu'elle l'aimait tout simplement.

Twazyèm nan toujou e menm bagay la, se yon neg ki gen fi, ki gen pitit epi tou m ansanm ave l fen 2012 rante 2013 epo nou ansanm manman vin konnen tou byen ke m pat vle montre l paran m, m te renmen l se pat yon neg pou m te montre l paran m, m pat vle montre l paran m kounye a li vin pou kol, lè l wè manman m li adrese l, manman m vin konnen kounye a m asanm avè l e konsa m fè tès sida a li positif, m voye l al fè tou li ale aprè sa nou toujou ansanm bon sa gen 4 mwa la depi nou te gen yon bagay ki pase nou epi nou fè zin epi nou tou kite apre sa m pa gen neg ankò (Juliette, 20 ans [VS]).

Mon troisième partenaire est comme le deuxième. Il fréquente plein d'autres filles et est père. Nous nous sommes rencontrés vers la fin de l'année 2012. Je ne voulais pas le présenter à ma mère, mais il est venu de par lui-même se présenter à ma famille. J'ai été faire le test de dépistage au VIH. Le résultat s'est révélé positif. Depuis 4 mois, nous ne sommes plus en harmonie suite à une dispute.

d) Le rapport en tant que travailleuse de sexe

Girma raconte qu'à cause de ses difficultés économiques, elle a dû avoir des relations sexuelles tarifées avec certains hommes. Elle dit avoir été aussi influencées par ses amies dans cette pratique.

[...] Men si se bagay gason oke, men afè fanm, m pa nan afè fanm nan vre [...] Apre sa m te vin jwenn 2, 3 zanmi nan lekòl la. Kounye a m vin zanmi avè yo kounye a tou vin lage nan bagay sa a. Nan lekòl, bò kote m yo te chita. M ! Setyèm [...] (Girma, 20 ans [VV; TS]).

Je fréquente que des hommes, je suis contre des femmes avec des femmes. Certaines de mes amies se fachent contre moi à cause de mon refus. J'ai des amies d'école qui m'ont influencée à devenir travailleuse de sexe.

Jeanne affirme ne pas avoir eu de bonnes expériences dans ses relations amoureuses. Elle dit constater que ses partenaires la laissent tomber aussitôt qu'ils ont des rapports sexuels avec elle. Compte tenu de sa situation économique précaire et de ses responsabilités, elle dit être obligée d'être une travailleuse de sexe afin de pouvoir prendre soin de son enfant.

[...] Ekseperyans m fè avèk gason, depi nèg la fin kouche m li pa di m anyen ankò. Wi genyen ki lage m konsa tankou papa timoun mwen an, li pa di m anyen. E mwen ki al fè de seri de bagay pou m ka jere l, pou mete timoun nan lekòl, m met men di, m al nan vi jenès tou pou m ka jere l, pou nou ka viv (Jeanne, 19 ans [VV; TS; MA]).

Je constate dans mon expérience avec les hommes, après des rapports sexuels, ils ne font rien pour moi. Le père de mon fils par exemple n'a rien fait pour m'aider avec l'enfant. À cause de mes problèmes économiques, je suis devenue travailleuse de sexe afin de répondre à mes besoins et à ceux de mon enfant.

Somme toute, dans cette section, les adolescents ont partagé leurs expériences en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité. Trois tendances sont identifiées parmi les adolescents : ceux qui s'abstiennent des relations amoureuses, ceux qui sont en amour en excluant tout contact sexuel et ceux qui sont actifs sexuellement. D'une manière générale, l'âge du dévoilement du statut sérologique se situe dans un intervalle d'âge de [9 – 18 ans]. Nous avons noté parmi les adolescents pour qui le dévoilement a été fait dans les tranches de [13 – 18 ans], qu'ils ont eu

leur première expérience amoureuse dans les tranches de [14 – 18 ans]. Par contre, aucun de ces adolescents rapportent avoir eu des expériences sexuelles. Pour les adolescentes, le dévoilement se fait dans la tranche de [11 – 17 ans]. Elles affirment avoir eu des relations amoureuses dans la tranche de [15 -17 ans]. Cependant, elles se sont abstenues de tout contact sexuel. Pour ces adolescents qui s'abstiennent des relations amoureuses ou évitent tout contact sexuel, bon nombre d'entre eux ne renoncent pas à s'engager dans des relations dans le futur. Ils disent prioriser leurs études pour le moment, alors que d'autres affirment avoir tout simplement peur de s'engager dans une relation. Les raisons avancées sont d'une part la peur de transmettre le virus à son partenaire, et d'autre part la crainte de tomber enceinte.

Pour le groupe qui a déjà eu une expérience sexuelle, nous avons noté que le dévoilement s'était fait dans la tranche de [9 – 17 ans] pour les deux sexes, alors que l'âge des premiers rapports sexuels se situe entre [14 - 18 ans]. Par ailleurs, pour les adolescents infectés par voie sexuelle, le résultat du test leur a été annoncé dans la tranche de [16-19 ans]. Ils affirment avoir débuté leur premier rapport sexuel entre [14 – 16 ans]. Un cas de viol, trois mères-adolescentes et deux cas de prostitution sont notés parmi les filles, particulièrement auprès de celles infectées au VIH depuis la naissance.

L'adolescence est la période des premières expériences amoureuses et sexuelles. La tranche d'âge lors des premiers rapports sexuels est presque identique à ce que certains auteurs ont observé parmi des adolescents dans certains pays occidentaux (Le Gall, 2007 ; Bouchev et Furman, 2003 ; Shulman et Scharf, 2000 ; Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; Bernier, 1997). Par contre, le dévoilement ou l'annonce du test de VIH a un impact sur le comportement sexuel des jeunes. Certains adolescents ont arrêté leurs relations amoureuses ou sexuelles après avoir été mis au courant de leur statut sérologique.

Dans le modèle de Marcia (1980), l'exploration est une des caractéristiques de l'adolescence. Elle est inhérente à cette période. Selon Courtois (1998) à l'adolescence, la sexualité est en grande partie régie par la société et par la socialisation. En effet, les valeurs parentales, celles des soignants et celles des pairs ont une certaine influence sur le comportement sexuel des adolescents étudiés. Ils retiennent des parents l'importance de garder le secret relatif au statut sérologique. Des soignants, ils ont appris l'importance de

l'observance thérapeutique et de la protection sexuelle. Des pairs et amis, ils partagent l'importance de la sexualité et de la protection sexuelle.

Section 3. Statut sérologique et potentiel reproducteur

Pour ce qui se rapporte à la parentalité, les jeunes hommes sont moins enclins à partager leur perception. Les filles sont davantage préoccupées par ce phénomène. D'ailleurs, dans la culture haïtienne, une femme qui ne peut pas enfanter est comparée à un « Chwal » (un cheval). Il serait très rare de rencontrer une fille n'ayant pas envie de fonder une famille et de devenir mère. Elles se lient en amour avec un partenaire afin que celui-ci leur assure un meilleur avenir. D'ailleurs, dans la formulation du message de méfiance des parents, ils stipulent « mesye yo pap fè anyen pou ou » (les hommes ne vont rien faire de bon pour toi). Le désir de procréer et la parentalité sont aussi des termes abordés avec les jeunes lors de l'entretien semi-dirigé. Cette section présente le rapport de ces jeunes face à la procréation et à la parentalité. Pour la procréation, les jeunes se disent tiraillés entre le désir d'enfanter et une incertitude à pouvoir procréer. Les filles affirment avoir peur de la grossesse, non seulement comme obstacle aux études, mais également par crainte de transmettre le virus à leur partenaire. En ce qui concerne la parentalité, bon nombre de jeunes refusent de devenir parent en raison de leur statut sérologique. Par ailleurs, les filles qui sont déjà mères partagent leur joie dans ce rôle en dépit des difficultés rencontrées. Pour ces jeunes, être parent suppose une planification sur le long terme, avoir les moyens économiques, protéger, donner une bonne éducation et aussi fournir de l'amour et de l'affection à leur progéniture.

a) Rapport à la procréation

Les adolescentes et les adolescents interviewés affirment avoir le désir de procréer. Cependant, ils relatent avoir des doutes dans leur capacité à pouvoir mettre au monde un enfant. Pour se rassurer, ils questionnent à ce sujet les soignants de la clinique afin de se faire une idée des options possibles.

1. Désir d'enfant et incertitude de pouvoir procréer

Joel affirme vouloir devenir père. Cependant, il pense que cela dépendra du type de partenaire qu'il aura choisi. Si c'est une personne de même statut sérologique que lui ou de statut différent car il pense qu'une fille de statut différent pourrait ne pas l'accepter en tant que partenaire.

Wi sa entèrese m se yon n nan premye sousi m genyen e sa soti kounnye a nan chwa m pral fè yon èske lap soti nan chwa idantik avè m ou byen èske moun sa a ki diferan an lap respekte m lè l konnen m gen VIH èske lap aksepte m. Bon entansyon m pa rapò a fè pitit m pa ka di gran choz non. Wi m ta anvi. Bon m pral teni kont de preparasyon, lè m prè (Joel, 19 ans).

Cela m'intéresse, et c'est d'ailleurs mon premier souci. Cela va dépendre du choix que je vais faire d'une fille. Une fille dans la même situation que moi ou une fille différente de moi. La question est quelle sera ses réactions quand elle apprend mon statut? Je ne peux pas dire grand-chose par rapport à mon intention d'enfanter. J'ai envie, certes. Cependant, je tiendrai compte de ma préparation au moment opportun.

Rose-Anne veut devenir mère et elle sait déjà qu'elle peut enfanter par césarienne. Cependant, elle pense déjà au partenaire avec qui elle voudrait procréer. Comment, se demande-t-elle, avoir de rapport sexuel sans usage de préservatif? Pour elle, ne pas se protéger, c'est transmettre le virus au partenaire. Comme elle ne se sent pas en mesure de commettre un tel acte, elle estime qu'il lui sera difficile d'enfanter.

[...] malgre m poko wè kòman sa ap pase m ta renmen manman tou men si m konnen si m ansent se pran yap pran timoun nan men se mwayen pou m vin ansent lan m konn ap panse a sa. Pou w vin ansent kòmsi fò ou nan yon rapò san prezèvatif ki pou fè w vin bagay se tout sa tou m konnen ap panse a tou sa men kòman m ap fè. Bon si sa ta rive pi lwen antre nou sa ta ka jis ret konsa paske lap onti jan difisil pou mwen men tou lap difisil. [...] (Rose-Anne, 19 ans).

Bien que ce ne soit pas encore clarifié, le fait de pouvoir enfanter, j'aurais bien aimé devenir mère. Je sais que si je deviens enceinte, lors de l'accouchement, je serai césarisée. Cependant, je me demande comment je vais faire pour être enceinte puisque je dois mettre un préservatif lors de tout rapport. Je pense que cela sera un peu difficile.

Jude veut certes être père dans le futur. Cependant, il a des doutes qu'une fille puisse vouloir devenir la mère de son enfant à cause de son statut sérologique. Il se demande si une fille va accepter qu'il devienne le père de son enfant.

Wi li entèrese m pou m ta gen yon pitit men pa a laj sa, men pou m ta gen pitit èske sa m genyen an èske tankou la fi an ta vle fè pitit pou mwen se sa m ta bezwen konnen (Jude, 18 ans).

Je suis intéressé à enfanter, mais pas à mon âge. Si je veux avoir un enfant, la fille avec qui je serai en union, est-ce qu'elle va vouloir porter ce bébé? C'est ce questionnement qui m'interpelle.

Claudette affirme posséder un instinct maternel développé. Elle dit avoir un amour naturel pour les enfants, même pour ceux qui ne sont pas de sa famille. Elle a de sérieux doutes quant à sa capacité à enfanter. C'est d'ailleurs à cause de ses doutes qu'elle questionne sa pédiatre pour connaître les options possibles. Elle se demande si la solution à ce dilemme ne serait pas de se lier en amour avec une personne ayant le même statut sérologique qu'elle.

Bon si m ta renmen gen bebe sa se youn nan objektif mwen paske objektif mwen anpil, [...] m toujou ap poze tèt mwen kesyon pou m di si m bezwen fè yon ti moun koman pou m fè imagine w ke m malad e m paka fè l san dechoz koman pou m fè, m kon al mande doktè Ra, doktè Ra konn di m ou ka pran jèm nan gason ou mete l nan vagen fi, [...] m konn di pou m fè yon pitit se pou l pran yon moun ki gen menm pwoblèm e kanmen map jwen li (Claudette, 16 ans).

Avoir un enfant, c'est un de mes objectifs, car j'ai beaucoup d'amour pour les enfants. Je me demande toujours comment je ferai pour avoir un enfant puisque je ne peux pas avoir de rapport sexuel sans condom. J'ai questionné ma pédiatre à ce sujet, elle me dit qu'on peut prendre le germe d'un garçon pour le placer dans le vagin de la fille. En ce sens, je me suis dite mieux vaut prendre une personne de même condition que moi. Et je sais que je le trouverai.

Alma affirme clairement qu'elle veut devenir mère dans le futur. Cependant, elle ne voit pas comment elle le sera puisqu'elle doit fréquenter le centre au moins trois fois par mois, sans oublier les autres contraintes liées à sa maladie. Elle n'a que des doutes, mais aucune réponse pouvant les dissiper, du moins pour le moment.

Mwen ta renmen manman men se pa kounye a. Pou m ta vinn manman, mwen poko konnen, mwen poko wè manman menm. Paske m gen pou m vinn nan gheskio 3 fwa nan yon mwa yon ekip bagay. M ta renmen genyen men m poko konn kijan [...] (Alma, 19 ans).

Je veux être mère, mais pas pour demain. Devenir mère, je ne sais pas, je ne vois pas. Le fait est que, je dois venir au centre 3 fois par mois, sans oublier d'autres exigences. J'aurais aimé dans le futur être mère, mais je n'ai pas encore compris comment cela va se faire.

2. Peur de la grossesse comme obstacle aux études

Dans les pratiques communicationnelles en famille présentées au chapitre 4, section 1, les parents utilisaient comme message aux filles, la nécessité de se concentrer sur les études et éviter ses obstacles. Ce message faisait référence aussi à la grossesse comme obstacle à éviter.

Juna raconte dans son extrait que ses parents mettent l'emphasis sur l'importance des études. Ils insistent pour qu'elle évite une grossesse précoce afin qu'elle soit aussi en mesure d'aider ses sœurs.

Ni yo konnen wi, tout moun konnen. Nou konn pale. Yo mandem sim fe bagay, lé fe bagay sim mete kapot m di wi men m toujou mete yo aléz. Fom m pa al lage tet mwen, pou m pa al ansent kounyea degagem pou finn lekol interese ak sa, poum wé sim ka ede lot 2 ti sém yo. M koprann ni, mwen we 3 bon ide kel ban mwen (Juna, 18 ans).

Ils sont tous au courant. Ils m'avaient demandé si je suis sexuellement active et si j'utilise de préservatif. Je leur ai dit la vérité. Ils me conseillent de prendre des précautions pour ne pas être enceinte. L'important c'est de terminer mes études afin de pouvoir aider mes 2 petites soeurs. Je comprends et je pense que les idées sont bonnes.

En définitive, les adolescents témoignent dans leurs extraits leur dilemme par rapport à la procréation. Désir et incertitude sont deux termes qui traversent leur discours. D'autres ont le désir, mais aussi la peur de ne pas se retrouver avec un enfant infecté au VIH. Pour les plus optimistes, ils mettent la parentalité dans un projet à long terme, en espérant que la science médicale apportera de nouvelles réponses et d'autres types d'intervention pour les personnes vivant avec le VIH.

b) Rapport à la parentalité

La perception des adolescentes et des adolescents diverge par rapport à la procréation et à la parentalité. La majorité des interviewés souhaiteraient fonder un foyer et avoir un enfant. Cependant, certains ont des doutes par rapport à cela. Des garçons évitent tout simplement de penser à la procréation. Ils optent pour l'adoption par peur que leur enfant naisse avec l'infection. Pour ces jeunes, la parentalité est un projet qu'il faut planifier. Certaines étapes doivent être atteintes selon eux avant de s'engager dans la fonction parentale.

1. Refus catégorique en raison du statut

Si pour certains adolescents, il existe une incertitude à pouvoir procréer tout en manifestant le désir d'être parent, pour d'autres, c'est un refus catégorique de jouer ce rôle. Une minorité d'adolescents affirment avoir rejeté ce scénario dans leur plan de vie. Ils ne refusent pas pour autant d'avoir des relations sexuelles.

Ulrick raconte qu'il préfère mettre deux préservatifs en même temps au lieu d'éjaculer à l'intérieur d'une fille. De plus, il ne veut pas s'engager dans une relation stable avec une fille. Il préfère avoir des partenaires occasionnelles pour éviter de procréer.

Pou m vin papa, premye bagay, m toujou ap di sa m pap fè pitit. M ka fè bagay avèk kapòt, m pap ejakile anndan yo vre, m ta pito mete 2, m pap ejakile anndedan yo. M ka pa menm gen madanm menm, m ka pito gen mennaj pou m distrè m, se pa pou di m prale twò fon nan bagay yo non pou m ejakile andedan yo non; kòm konn gen aksidan ok lè ou ap fè bagay sa a (Ulrick, 20 ans).

Je le répète toujours je n'ai pas besoin d'enfants. Je peux avoir des rapports sexuels, certes mais avec condom. Je n'éjaculerai jamais à l'intérieur du vagin de la fille. Je préférerais mettre 2 condoms. Je peux même ne pas avoir de femmes comme compagne régulière. Je choisirais des partenaires occasionnelles pour me distraire.

Rome dit qu'il évite d'avoir un enfant infecté au VIH. Il ne veut pas que son enfant soit comme lui. C'est d'ailleurs ce qui le motive à ne pas s'intéresser et à s'engager dans des relations amoureuses ou sexuelles. Il planifie de créer un orphelinat afin de pouvoir aider des

enfants nécessaires. Il pourrait aussi selon ses propos, adopter un enfant pour être sûr d'avoir un enfant non infecté.

Bon bien entendu, m ekri biografi m tou konn pitit m pata renmen gen yon timoun pou l gen jèm viris lan nan san l, m ta renmen gen òfelina kote m gen anpil timoun map bay èd se sak rèv pa m oubyen tou m toujou gen rèv adopte yon timoun pou pitit mwen men m pa ta renmen gen timoun pou pitit mwen. Paske m pata renmen pou l ap vive pi demen si Dyeve pou l ap viv jan m vin ap viv lan e konsa tou se sak fè tou m pa telman fòkis nan afè fi paske m pata renmen jan mwen te leve an pou pitit lan li menm ta vin gen yon vi pi amelyore ke sa. Ebyen m pa wè tèt mwen ladann ditou pa [...] (Rome, 19 ans).

J'ai fait ma biographie, je ne veux pas avoir d'enfants, surtout un enfant infecté par le virus. Je planifie de créer un orphelinat en vue de venir en aide à des enfants. Du moins, mon rêve, ce sera d'adopter un enfant. Je ne veux pas avoir un enfant malade pour vivre comme moi j'avais vécu. Mon enfant devrait avoir une vie différente que la mienne. Je ne me vois pas dans cette situation.

2. Être déjà mère : difficultés accrues, mais joie tout de même

Une minorité d'adolescentes (3) affirme déjà être de jeunes mères. Elles avaient entre 14 et 18 ans lors de la grossesse. L'âge des enfants varie entre 1 à 5 ans au moment de l'entretien, ils sont en bonne santé et n'étaient pas infectés lors des derniers tests. Jeanne, Carine et Andréa sont des mères adolescentes.

Jeanne raconte qu'elle a eu une grossesse normale. Elle a fait des tests de dépistage pour son enfant. Le résultat révèle qu'il n'a pas atteint du virus. Elle dit avoir été suivie à la pédiatrie du centre lors de sa grossesse.

M te fè l nòm al ; m te jis arive fè tès pou timoun nan tou, yo te di m timoun nan pa fè maladi a. Sèl sa, yo te toujou ap ban m ti medikaman pou li, yo te konn di m kon sa, m gen dwa fè l, li pa fè l li menm, epitou maladi a kache yon kote nan kò l li menm. Mwe te swiv Kote fanm ansent yo wi bò pedyatri a. Non pa ba m te akouche. M te akoucheSent Katrin (Jeanne, 19 ans [VV; TS; MA]).

J'ai eu une couche normale. On a fait le test pour l'enfant, il n'a pas le virus. On m'avait informée que l'enfant peut ne pas pas être infecté. Lors de ma grossesse, je suivais à la clinique d'ici. Cependant, j'ai accouché à l'hôpital Sainte-Catherine.

Carine raconte qu'elle a attendu les derniers jours de sa grossesse pour aller à un centre de santé, car elle avait honte d'être enceinte à son âge. Elle a accouché deux semaines après sa première visite médicale. Elle dit que l'enfant se porte bien.

M ansent déjà, m fè pitit la. Li devan an nan pediatri a, li gen 11 mwa, mwa davril la ap bal 1 an. Gwosès la pase byen, m patal lopital ditou. M te santi m wont, sitou pat sanble yon fi ditou sel lè m tal lopital 8 mwa m pral nan 9 mwa m te resi al lopital m pa menm pran 2 semen men yo banm papye m tal akouche general, yo fè m achte plizyè medikaman pou bb a m achte l nan lopital la. Sante bb byen wi. Wi, li pa gen anyen, sel manje li pa vle manje (Carine, 18 ans ; [MA ; VV]).

J'ai été enceinte et j'ai un enfant. Il a 11 mois. J'ai eu une grossesse normale. Au cours de cette période, je n'avais pas fréquenté aucun hôpital du fait que j'avais honte de la grossesse. J'ai visité un hôpital à la fin de ma grossesse. Puis je suis accouchée deux semaines après cette visite. L'enfant est en santé, seulement il ne veut pas manger.

Andréa avait subi un viol et est devenue enceinte. Ses parents voulaient qu'elle avorte, mais elle a choisi de garder son enfant. Elle dit d'ailleurs ne pas avoir regretté son choix. Pour elle, l'enfant constitue à présent sa source de joie. Cependant, elle met en garde les jeunes filles contre une grossesse précoce. Elle avait fait son choix, mais déconseille aux filles de l'imiter.

Mwen ansent 2011, mwen akouche fen 2011 epi mwen te vin rankontre avèk yon ...se an 2011 sa mwen te vyole, m vin fè yon ti moun 2011 ,2012 mwen vin kite [...], m vin abite pò-o-prins m vin abite avèk yon moun ki adopte pitit mwen, men pa kont li pat jan m konnen si ke m te malad avèk VIH lan [...]. M pat anvè fè pitit la, se yon malè k te rive osito ke malè a te rive tout moun lakay mwen te vle pou m te fè avotman, m pat vle m pat janm te vle pou m te fè avotman kounye a pitit mwen gen 2 zan la ou te wè talè ya. M pat vle avote, m pa wè, m li labib m pa we yon kote ki di lè w ansent yon ti moun pou w jete l. Puiske l te la déjà se rezigne w avè l e gade vi ti moun nan nan tou m ta pral detwi (Andréa, 20 ans; [MA; VV]).

J'étais enceinte en 2011 suite à un viol. J'ai accouché à la fin de 2011. J'ai quitté ma ville natale en 2012 pour habiter dans la capitale. Je n'avais pas envie d'enfanter. C'était juste un incident malheureux. Mes parents voulaient que j'avorte, mais j'ai décidé de garder l'enfant. Il n'est écrit nulle part dans la Bible qu'on a le droit d'avorter. Je m'étais résignée à garder le bébé.

3. Devoirs attribués aux parents

Dans leurs extraits d'entrevue, les adolescents ont partagé leur point de vue sur la fonction parentale. En vertu de leurs expériences, ils ont identifié certains éléments caractéristiques du rôle des parents. Ils nomment en premier lieu, des moyens économiques indispensables pour prendre en charge un enfant. Le deuxième élément pour eux, est la capacité à protéger son enfant et à lui donner une éducation adéquate. Le dernier élément est de pouvoir donner assez d'amour et d'affection à son enfant.

4. Penser à long terme et planifier

Les adolescents interviewés affirment être conscients des exigences liées à la parentalité. Une majorité d'entre eux considère la fonction parentale comme un projet à long terme pour lequel il faudra une véritable planification.

Arielle ne se voit pas être mère sans se marier. Elle veut avoir son propre foyer, avec son mari et ses enfants. Se marier et avoir sa propre maison sont pour elle les deux conditions pour qu'elle devienne mère.

Wi men li nan plan m wi se sèl si m marye m lakay mwen map fè pitit men toutan m poko marye m lakay mwen m pap fè pitit (Arielle, 18 ans).

Enfanter, c'est quelque chose qui est dans mon plan, mais ma condition : il me faut me marier, avoir ma propre maison.

Bertha conditionne son plan d'enfanter à d'abord terminer ses études et à se trouver un emploi par la suite. Elle dit avoir observé des jeunes qui ont accouché avant de terminer leurs études. Elle affirme que ces jeunes ont commis de graves erreurs, car selon elle, ces derniers ne peuvent même pas prendre soin d'eux-mêmes alors qu'ils sont devenus parents. Elle dit vouloir éviter de se retrouver dans cette situation.

M ta anvi fè pitit men e poko kounye a, fòk mwen fin lekòl mwen avan pou m gen yon metye nan menm pou m ka ede tèt mwen, gen anpil jèn ki gentan al fè pitit e komsa se erè yo fè paske yo pa ka itil timoun nan menn tèt yo yo paka itil mwen pata renmen nan menn eta avè yo (Bertha, 20 ans).

Je veux certes avoir un enfant dans le futur. Cependant, il me faut terminer avec mes études, avoir une profession afin de répondre d'abord à mes besoins. Il y a beaucoup de jeunes qui sont déjà parents. Ils sont dans l'erreur parce qu'ils ne peuvent pas répondre aux besoins de l'enfant. Je ne veux pas être dans cette situation.

5. Avoir des moyens économiques de prendre en charge

Selon les adolescents, avant d'être parent, une personne doit s'assurer d'être capable de répondre aux besoins de leur enfant. Elle doit avoir les moyens économiques suffisants pour assumer ses responsabilités.

Judith estime que pour devenir parent, il lui faudrait assez d'argent pour contribuer au bien-être de l'enfant. Il lui faudrait son propre foyer et ce dans la même zone que sa famille, afin qu'elle puisse bénéficier de leur aide.

M poko gen mwayen, pou m gere yon timoun, lè fini m poko nan byen, lè m fini fò timoun sat a byen, m ta yon kote, pou m ta fe yon timoun, fo m ta yon kote pou kom, pout a gen mwayen nan menm tankou m konnen m tap viv nan kay pesonel tankou fo m pa ta bo manman m, bo fre m, ni bo se m epi fo m tap viv nan yon kay pesonel avek yon neg, epi fo m ta gen mwayen e fo timoun sa pa ta gen anyen (Judith, 19 ans ; [VS]).

Je n'ai pas encore les moyens pour gérer un enfant. Je ne suis pas assez confortable là où j'habite pour avoir un enfant avec moi. Il me faudrait avoir une maison personnelle avec un partenaire. En plus, je dois habiter proche de ma mère, de mes sœurs et frères.

Jeanne affirme que le rôle de mère est difficile, surtout lorsque que l'on n'a pas les moyens économiques pour répondre aux besoins de l'enfant. Elle dit de simplement penser à un enfant qui pleure parce qu'il a faim et dont on n'a pas les moyens de s'occuper.

Kounye a epi m manman. M pa wè vi a tèlman bagay non, sèl sa li enpe di lè ou pa gen kòb pou ba l manje maten pou l tonbe ap kriye nan kò m fè tout vwazinaj fè ou wè lè ou pa genyen. Non yon tigason wi (Jeanne, 19 ans ; [TS; VV; MA]).

Je suis actuellement mère. Je ne vois pas que c'est trop bizarre. Cependant, la responsabilité est énorme si on n'a pas de l'argent pour nourrir l'enfant. L'enfant va pleurer de faim. Les voisins vont connaître votre situation, ce qui est dérangeant.

Pour Julio, avoir un emploi est nécessaire pour élever un enfant. Il ne se voit pas être parent sans emploi. D'ailleurs, s'il ne peut pas prendre soin de lui-même, il ne voit pas comment il pourrait prendre soin d'un enfant.

Kòman bagay sa a tap pase, imagine w byen menn pwop tèt mwen m pa ka okipe twobyen epi kounye a pou mal gen pitit ou wè kijan sa grav si w pa nan travay men tèt ou, ou paka bay manje pi byen kounye a ou pral gen pitit mèt deryè l sa terib anpil (Julio, 19 ans ; [VS]).

Avoir un enfant, comment c'est possible. Imaginez, je suis incapable de répondre tout seul à mes besoins. Puis, je mets au monde un enfant qui sera entièrement sous mes responsabilités. Ce serait vraiment terrible.

Girma ne conçoit pas avoir son enfant dans des conditions de vie misérable. Elle doit avant tout avoir assez de moyens pour rendre heureux son enfant. Elle veut éviter que son enfant vive les mêmes expériences difficiles qu'elle a connues.

M t ap renmen vin manman men pa kounye a. Fò m gen nan men m pou pitit mwen pa pase mizè. Jan m ap pase la a, pou m al ansent la a. Ki sa m pral mande nan lari a pou timoun nan. Non, m vle tèt mwen anjwa pou pitit mwen anjwa. Pou l pa pase mizè sa yo m ap pase a. fòk pitit mwen ere (Girma, 20 ans ; [TS; VV]).

Je n'aurais pas aimé devenir mère, du moins pas tout de suite. Il me faudrait avoir de l'argent pour que mon enfant soit heureux. La façon dont je vivote maintenant, pour devenir enceinte. Alors, j'allais quémander à travers les rues pour prendre soin de l'enfant, pas question. Je veux être en joie aussi que mon enfant. Il ne doit pas connaître les malheurs que j'ai connus.

Josette affirme qu'il faut avant tout une préparation avant de devenir parent. Pour elle, ce serait d'abord de terminer ses études, de travailler et d'avoir assez de moyens économiques pour assumer ses responsabilités.

Dapre manman ta regle yon bagay pou mwen m toujou panse ke m ta vin gen yon pitit men fom prepare avan, m toujou di pou ta vin manman fom prepare avan, m toujou di pou m ta vin manman fom ta ap travay, fo ke m fin etid mwen. Paske m pa santi m alez m jis lè map pale avè li m pa wè kijan pou m pale de sa, tout sa (Josette, 19 ans).

Je pense à enfanter dans le futur, mais il me faut préparer cet événement. Il me faut terminer mes études et avoir un emploi. Je dois me sentir à l'aise pour communiquer avec lui.

Pour Bertha, tout être humain devrait avoir un enfant, mais il y'a des limites. Sans préparation selon elle, on ne devrait pas avoir d'enfants. À son avis, il faut éviter que l'enfant vive dans des situations précaires pour ne pas le faire souffrir.

Tout moun Bondye mete tout moun la pou fè pitit men avèk limit avèk pou lè ou pare si ou poko pare ou paka fè pitit. Tankou pare ou gen kay ou, ou gen tout afè ou wap fè timoun nan ti pa al pase mizè li pa nan soufri pou anyen (Bertha, 20 ans).

Dieu a mis au monde les hommes afin qu'ils enfantent, mais à certaines conditions. Il faut être mature et avoir les moyens pour le faire. Cela veut dire avoir une maison, et tout ce que l'enfant a besoin pour ne pas vivre dans la pauvreté.

Maryse estime qu'un parent doit préparer la venue de son enfant et d'être en mesure d'assurer son bien-être. Pour elle, une préparation personnelle s'impose avant de penser à mettre au monde un enfant.

Mwen menm m ap priye Bondye pou sa pa janm rive m pou m pafè pitit ditou. M pa di m pap fè non, men pa nan laj sa a. Fò m ta fin fè tout afè m pou m prepare tout afè timoun nan tou (Maryse, 16 ans).

Je prie Dieu pour ne pas avoir d'enfants. Je ne veux pas dire que je n'en aurai pas, mais ce n'est pas à mon âge. Il me faut tout préparer, tout ce qui est important pour moi et pour l'enfant.

6. Protéger et donner une éducation adéquate

La protection de l'enfant et une éducation adéquate sont deux autres responsabilités attribuées aux parents par les adolescents interviewés. Certaines adolescentes mettent l'emphasis sur le thème de protection de l'enfant, alors que d'autres insistent sur le fait qu'il faut délaissier les corrections physiques et communiquer davantage avec lui.

Selon Juliette, le rôle d'une mère est de prendre soin de son enfant et de l'aider par tous les moyens qui sont à sa disposition. Protection et sécurité sont de toute évidence des éléments que Juliette identifie comme fondamentales dans le rôle d'une mère.

M met di wol yon manman pou l pran swen pitit lan, ede pitit lan, men pran swen pitit lan ede pitit de tout fason ou ka ede m pa konnen ankò (Juliette, 20 ans ; [VS]).

Le rôle principal d'une mère est de prendre soin de son enfant, l'aider dans tous les sens du terme. Je ne peux rien dire de plus.

Pour Claudette, la communication entre la mère et l'enfant est essentielle. Elle estime que l'usage du fouet doit être abandonné pour laisser place à la communication. Claudette attribue une grande importance à la bonne éducation de son enfant dans le futur. Elle semble aussi introduire une dimension culturelle car l'usage du fouet est un fait courant pour certains parents en Haïti.

Mwen menm, m wè l tankou on manman fò m pale a timoun yo, mete yo chita gen manman m wè toutan se plede bat li, bat li li se pa plede bat li solisyon pou fè l kite dezòd, si m map on manman nan lavi m fò timou mwen an leve byen se pa pou timoun mwen mal elve, fò l janti (Claudette, 16 ans).

À mon avis, je crois qu'une mère doit communiquer avec son enfant. Il ne faut surtout pas frapper l'enfant pour le corriger. Si je serai mère dans le futur, mon enfant doit être bien formé et gentil.

Judith estime qu'une mère doit être en mesure de s'occuper correctement de son enfant. Pour elle, certaines compétences sont nécessaires pour être une mère. Les jeunes mères selon elle, doivent être encadrées par des aînées afin de mieux protéger et éduquer l'enfant.

Okipe yon bebe, fò l kapab pran swen yon timoun fo w konn tout sa li ta dwe fè pou yon timoun. Si yon manman pa gen moun bo kote w [...] ki pou di w men ki jan pou ou pran swen yon ti moun timoun nan gen dwa rive mouri nan menm, paske ou pa konn kijan pou pran swen timoun nan apre sa lè w fè yon bb, fok ou jwenn yon moun ki pou ba w ed, ki pou ba w sipò ki pou montre ou ki jan pou ou gere ko ou, pa ex le yon moun fin fè yon timoun bagay granmoun ka esplike pou di w kijan pou jere ko w (Judith, 19 ans ; [VS]).

Une mère doit s'occuper de son enfant. Elle doit être en mesure de tout faire en tant que mère. Une jeune mère devrait avoir une autre personne pour lui apprendre comment prendre soin d'un enfant. L'enfant peut mourir faute d'ignorance de sa mère. La présence de personnes plus âgées est indispensable pour le bien-être de l'enfant. Elles vous aideront à bien prendre soin de soi et de l'enfant.

Juna met l'accent entre autres, sur l'éducation de qualité qu'un enfant doit recevoir. Il faut instruire l'enfant afin qu'il évolue dignement. Le rôle d'une femme en tant que mère est de bien nourrir son enfant et de lui prodiguer tout le nécessaire pour son bien-être, selon Juna.

M ba l bon edikasyon. Pou m bal bon edikasyon, pou l al lekòl, pou m ka ede l, pou m pa leve l nenpòt jan. M pa konnen. Antan ke manman ki sa wap fè pou yon timoun. Okipe l, bal mange, voye l lekòl fè tout sa k nesesè pou li (Juna, 18 ans).

Transmettre de bonne éducation à l'enfant. Le scolariser, l'aider en lui donnant une orientation. Le nourrir, tout ce qui est nécessaire pour son épanouissement.

Pour Fernelle, bien qu'elle ne soit pas encore prête pour cette fonction, elle estime qu'une éducation de qualité est fondamentale pour un enfant. Elle pense que son enfant doit bénéficier d'une éducation de qualité, comme celle qu'elle a reçue de ses parents. Fernelle dit vouloir donner à son enfant tout ce que ses parents n'ont pas pu lui offrir.

Mwen menn m wè m poko pare pou m manman. Pou m wè m map travay, pou m wè tout sa papa m pat ka ban mwen pou m wè pou m bay pitit mwen li, pou m wè pitit mwen ka jwenn bon endikasyon jan paran m te fè pou mwen. M poko pare pou manman. M ap yon bon manman. Yon bon manman, se lè ou ap konseye pitit li, lè ou kenbe timoun nan di a sa ou pa vle l fè a se li lap itil (Fernelle, 19 ans).

Je ne suis pas encore prête pour être mère. Je dois travailler afin que je puisse donner à l'enfant tout ce que mon père ne pouvait pas me donner. Je dois m'assurer qu'il ait une bonne éducation comme mes parents avaient fait pour moi. Je ne suis pas encore prête, mais je serai une bonne mère. C'est-à-dire une mère qui prodigue des conseils à son enfant.

7. Donner de l'amour et de l'affection

L'amour et l'affection de ses parents sont indispensables à l'enfant selon les adolescents interviewés. La mère joue un rôle important dans la vie d'un enfant selon ce qu'ils rapportent.

Rose-Anne explique à quel point elle aime les enfants. Elle rappelle qu'elle n'a pas eu la chance de jouir de l'amour de ses parents. Elle relate à quel point l'affection maternelle lui manque. Elle a été élevée par une tante certes, mais en dépit des efforts de celle-ci, elle ressent un vide provoqué par le manque d'amour parental.

Bon manman jwe yon gwo wol, e mwen sitou m tèlman renmen ti moun, m renmen ti moun anpil, mwen m pat jwi amou parantal mwen di manman m a papa m e m renmen ti moun m ta renmen pou m gen ti moun [...] Wi men li manke m kanmen m, tankou lè m te pi piti lè m nan klas ti moun konn ap pale oh manman bagay, menm si ou konnen déjà m pat rete avè l, lè sa a li potko mouri m pat kon di sa ditou kounnye a lè l vin mouri byen ke sa pa vle di se pa ou konnen gen de ti moun ki gen yon jan yo leve a paran yap chouchoute paran an ap chouchoute yo kounnye a depi m piti a se nan men tant mwen te ye m pat janm gentan nan men l bon li la kòmsi l pat la, bonm toujou konn se manman m li ye m t renmen l, li te manke m tou m te jis ret konsa, [...] (Rose-Anne, 19 ans).

La mère joue un rôle important. J'aime beaucoup les enfants. Je n'avais pas joui de l'amour parental. Ils sont morts tôt, mais leur amour me manque énormément. Il y a des enfants qui sont choyés par leur parent. Pour moi, je vis avec ma tante depuis mon enfance. Elle m'aimait, mais cela n'empêche que l'amour parental me manque.

Andréa affirme être comblée par la présence de son enfant. Elle est reconnaissante envers sa grand-mère qui a remplacé sa mère, mais elle n'a pas pu combler le vide laissé par sa mère. Elle se dit fière et heureuse de pouvoir à présent donner et recevoir de l'amour de son enfant.

Sa reprezante yon paket bagay pou mwen, mwen renmen l e l renmen tou, lem te piti m te toujou ap fè ti jwèt maman, men le m ap rele grann mwen manman, m di m ta renmen manman tou men pitit lan lap rele m manman, m trè satisfè m trè fyè. Li tout bagay paske sitou lè l poko manje pou m ap panse avek sa, m ap sonje me 2012 pou fèt manman, m tonbe kiye, m di gade manman m pa la epi mwen men m avek yon BB. Men yon jou pou l te sa kanmen epi m pa janm, m pa janm pa panse avek manman pam e m toujou ap panse pou pitit mwen tou e m wè se yon bel bagay e pa di yon jèn fi al ansent kounye a, se yon trè trè bel bagay le w ap panse pou yon ti moun. Lè w ap admire timoun nan [...] Se sak fè di m pa voye jèn fi al fè, men si yon jèn fi ansent se gade l paske se yon trè bel bagay, lè wap sekwe yon ti BB, sitou e pa ou (Andréa, 20 ans ; [MA ; VV]).

Être mère représente beaucoup à mes yeux. J'aime mon enfant et vice versa. Quand j'étais enfant, je jouais le rôle de mère. J'appelle ma grand-mère maman et je disais que je voulais être mère. À présent, j'ai un enfant qui m'appelle maman. Je suis fière et satisfaite. Je pense à tout pour mon enfant. Lors des fêtes des mères, je pleurais en pensant à ma mère. Je me suis dite ma mère n'est pas présente et j'ai mon propre enfant. C'est une très belle chose de penser à son enfant, et l'admirer. En ce sens, je ne dis pas aux jeunes filles enceintes précocément de ne pas avorter, mais je pense que c'est une belle chose d'être mère.

Roger se souvient de l'amour de son père à son endroit. Il a fait tout son possible dit-il, pour le rendre heureux. Il dit vouloir s'inspirer de l'attitude et du comportement de son père pour transmettre de l'amour et de l'affection à ses enfants un jour. Il rapporte que son père a su montrer de l'affection à chacun de ses enfants sans prioriser un au détriment de l'autre. C'est donc ce modèle qu'il veut suivre dans le futur.

Bon tout devwa m mwen nan menn jan papa m akòde m se konsa pou m bat pou m akode l tou paske papa m lwe m li pa mete nan okenn bagay pekmel sa vle di se jodi a li touche li menn al bwe krem, nou fè foto an apre nou retounnen lakay nou, se konsa m ap gere lè m gen pa m nan tou jan papa m akode an pou m akode l tou lè m gen pa m nan tou. Papa m pa renmen youn ki lot pandan setan li renmen tout pitit li li ka pa renmen sa ou ap fè, se konsa mwen men tou si m gen nenpòt 3 pitit osinon 2 tou m paka renmen youn ke lot [...] (Roger, 19 ans ; [VS]).

Je pense à la façon dont mon père se comporte avec ses enfants. Il prend soin de moi et me protège. Je veux être comme mon père quand j'aurai un enfant. Il donne de l'affection à tous ses enfants. Il ne favorise pas un enfant au détriment d'un autre. Il manifeste de l'amour pour tous ses enfants de la même manière. Je me comporterai de cette façon avec mes enfants.

Dans cette dernière section, les adolescents ont partagé dans leurs extraits leur point de vue, leurs expériences et leur vécu par rapport à la procréation et la parentalité. En ce qui a trait à la procréation, ils sont tiraillés entre le désir d'enfanter et le doute dans leur capacité à mettre au monde un enfant. Devenir parent est un des projets envisagés par de nombreux jeunes. Cependant, compte tenu de leur statut sérologique, certains refusent de le devenir pour éviter de faire souffrir leur enfant. À propos du rôle parental, ils présentent quatre éléments de base permettant de remplir cette fonction. Ils citent des moyens économiques suffisants, leur capacité à protéger l'enfant, offrir à l'enfant une éducation adéquate et donner de l'amour et de l'affection à leur progéniture.

Synthèse de la partie II

Somme toute, la deuxième partie de la thèse a mis en exergue le réseau relationnel des adolescents qui est constitué de la famille, des soignants et des pairs. Elle a aussi fait état des réactions des jeunes par rapport aux messages éducatifs des parents, de leurs expériences en matière de l'amour et de la sexualité et de leur perception quant à la parentalité et la procréation.

Les participants à cette thèse évoluent en majorité dans une famille monoparentale avec une mère (7/30) ou dans une famille élargie (16/30) avec une femme comme principale figure parentale. Ces femmes évoluent pour la plupart dans des conditions socioéconomiques modestes voire défavorisées. L'infection au VIH constitue une difficulté supplémentaire dans leur condition d'existence. Dans un tel contexte, elles essaient de transmettre aux adolescents des moeurs pouvant les aider à devenir des adultes responsables. Conscientes de la présence de l'infection du VIH au sein de la famille, elles transmettent des normes et des valeurs aux adolescents en tenant compte de cette réalité. Dans cette idée, le secret, la méfiance vis-à-vis

des hommes, la méfiance dans les relations avec des pairs, la maturité, la priorité aux études, l'abstinence et l'usage régulier du préservatif sont autant de valeurs transmises par les parents à travers leurs stratégies éducatives.

Les soignants se présentent en deuxième position en termes d'agents de socialisation après la famille pour les adolescents infectés au VIH par transmission verticale (26/30), alors qu'ils sont en troisième position pour ceux infectés par voie sexuelle (4/30). Ce positionnement est d'ailleurs un des facteurs qui différencie les deux groupes d'adolescents. Le premier groupe a été exposé depuis l'enfance à des messages de prévention alors que le second groupe a été exposé essentiellement au moment de l'adolescence. Toutefois, ils sont tous influencés par les normes et les valeurs transmises par les soignants qui sont eux-aussi des agents de socialisation dans le contexte du VIH. Ces normes et valeurs transmises par les soignants tournent autour de l'adhésion thérapeutique et de la protection sexuelle.

Les pairs ou les amis ont une influence importante sur les attitudes et les comportements des adolescents. En dépit du fait que les parents interdisent aux jeunes de fréquenter des pairs, ils ne peuvent s'empêcher de se lier en amitié avec eux. Par contre, ils gardent une certaine distance dans leur relation. Car, disent-ils, ils gardent un secret qu'ils ne sauraient partager avec eux. À contrario des parents et des soignants, les adolescents entretiennent un rapport de réciprocité, d'échange et de partage avec leurs pairs. L'influence est donc réciproque. Dans l'espace d'influence entre les adolescents et leurs pairs, existe une lutte d'idées, de valeurs et de normes apprises au cours de l'enfance et de l'adolescence. Avec les pairs ou amis, l'importance est accordée à la sexualité, à la protection sexuelle et à la famille comme normes et valeurs.

Les adolescents arrivent sur le marché de la séduction avec une mosaïque d'attitudes vis-à-vis de l'amour et de la sexualité. Ces attitudes sont le résultat de la socialisation familiale, du contexte de l'infection au VIH avec les soignants comme agents de socialisation et de l'influence des pairs. Ces attitudes des adolescents se distinguent selon le genre de l'individu par tendance à : garder le secret, se méfier des hommes, se méfier des pairs, d'attendre sa maturité pour se lier en amour, à prioriser les études, pratiquer l'abstinence, se protéger lors de

tout rapport sexuel, prioriser l'adhésion thérapeutique, donner de l'importance à la protection sexuelle, à la sexualité et à la famille.

Trois groupes d'adolescents sont identifiés à partir des extraits de leur témoignage : ceux qui refusent toute relation amoureuse ou sexuelle, ceux qui sont en amour, mais qui excluent tout contact sexuel, et ceux qui sont actifs sexuellement. Avant le dévoilement de leur statut ou de l'annonce de leur séropositivité, les adolescents vivaient comme ceux de la population « saine ». Le dévoilement ou l'annonce du statut sérologique constitue un moment crucial dans leur prise de décision par rapport à leur trajectoire sexuelle. Après le dévoilement ou l'annonce du résultat, certains ont arrêté l'expérimentation des relations amoureuses ou sexuelles. D'autres ont pris un temps de repos et de réflexion, avant de s'engager dans d'autres expériences. Certains ont continué normalement leur expérimentation. Cependant, tous et toutes ont manifesté des incertitudes et des craintes dans leur relation amoureuse ou sexuelle.

Les filles d'une manière générale, espèrent se marier, fonder une famille et avoir des enfants. Ne pas réussir ce projet de vie constituerait un échec et ce, même si elles auraient du succès sur le plan professionnel. Se marier représente un honneur pour la famille. Une fille, même bien éduquée, attend qu'un homme la sorte du foyer familial. Les adolescentes ayant participé à cette thèse ont témoigné de cet intérêt pour fonder une famille. Peu d'entre elles affirment ne pas vouloir s'engager dans des relations conjugales à cause de l'infection à VIH. Elles ont toutefois des incertitudes par rapport à cette possibilité. En ce qui concerne la parentalité, pour avoir connu des moments de privation dans leur propre enfance à cause de l'infection au VIH, à la précarité financière ou à la perte précoce de leurs parents, ils ont nommé trois caractéristiques essentielles spécifiques d'un parent. Selon eux, un parent doit avoir assez de moyens économiques pour subvenir aux besoins de son enfant. Il doit aussi être en mesure de lui procurer une éducation adéquate. Finalement, il doit fournir de l'amour et de l'affection à son enfant.

PARTIE III

RÉSULTATS PRINCIPAUX :

DÉTERMINANTS NORMATIFS D'UNE SEXUALITÉ ADOLESCENTE SÉROPOSITIVE ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 6

L'influence des normes et valeurs du réseau relationnel sur le comportement sexuel et sur les conceptions de la parentalité

Le chapitre 6 traite en trois sections de l'influence des normes et valeurs du réseau relationnel sur le comportement sexuel et sur les conceptions de la parentalité. Afin d'illustrer la situation des répondants à la thèse, la section 1 présente le cas emblématique de Jeanne. Cette dernière est non seulement infectée depuis la naissance, elle a été placée chez des sœurs par sa mère pour des raisons de santé. Elle est aussi une mère-adolescente. À cause de la situation financière précaire de sa mère, elle se livre à la prostitution pour survivre et prendre soin de son enfant. La section 2 fait un inventaire des normes et valeurs observées au sein du réseau relationnel. La section 3 pour sa part retrace la portée de ces normes et valeurs sur les pratiques sexuelles des jeunes et sur leur rapport à la parentalité.

Section 1. Jeanne : un cas emblématique pour illustrer la dimension tragique du terrain

Cette thèse a été consacrée aux adolescents infectés au VIH par transmission verticale et par transmission sexuelle : elle n'aurait pas pu être menée sans leur participation. Or, afin d'appréhender adéquatement le discours des adolescents, de lire correctement leurs propos et de les interpréter comme il se doit, le caractère hautement problématique de la situation dans laquelle ils se trouvent presque toujours doit être connue et décrite. Nous avons choisi le cas de Jeanne pour illustrer la situation des jeunes. La cruauté de la situation dans laquelle elle se trouve permet de mieux comprendre ses déboires.

Jeanne est âgée de 19 ans. Elle a été infectée au VIH par transmission verticale. Elle vit avec son enfant et sa mère dans un des bidonvilles de l'aire métropolitaine de la capitale. Sa mère aussi est infectée au VIH, et ce depuis plus d'une vingtaine d'années. Son père est décédé lorsqu'elle avait 8 mois. Jeanne raconte avoir été mise au courant de son statut sérologique à l'âge de 10 ans, mais sans préciser par qui elle a été informée. On ne sait donc pas si l'information lui est parvenue par l'entremise des soignants ou de sa mère. Toutefois,

elle raconte que l'information relative à leur infection reste un secret qui n'est partagé que par elle et sa mère. Aucune autre personne n'a été mise au courant. Bien sûr, dans une société où le stigmate associé à la maladie est lourd de conséquences sociales, elle craint que cette information ne soit colportée, la faisant victime potentielle de toute une série de diverses et tristes sanctions.

Maladi VIH la gen fanmi nou m mèt di, e mwen menm a manman m paske nou kenbe afè nou sekrè. Ni moun bò lakay la, ni fanmi nou, si yo ta konnen nou fè maladi sa a yo t ap pibliye l. Nenpòt moun yo wè men ke nou t ap pase y ap rele nou ladan n. Yo gen dwa kou yo wè n ap pase yo t ap di men moun kif è sida yo, atansyon pou nou pa fè l wi. Depi yo konnen yon moun kif è maladi sa a, se sa yo di. Kounye a mwen menm ak manman m nou kenbe pan ou an sekrè n ap bwè medikaman nou kon sa (Jeanne, 19 ans, [VV, A-M, TS]).

Pour la maladie du VIH, ma maman et moi nous tenons cette information secrète. Personne n'est au courant. S'ils le savaient, ils le publieraient. De ce fait, nous tenons notre information secrète, nous buvons nos médicaments.

Durant son enfance, à cause des problèmes de santé, elle a souvent fréquenté un hôpital dirigé par les missionnaires de « La Charité » dans les environs de Port-au-Prince. Elle dit avoir eu des éruptions cutanées sur tout le corps et avoir beaucoup souffert. Pour lui sauver la vie raconte-t-elle, sa mère a dû la confier aux sœurs pendant une bonne partie de son adolescence, au sortir de l'enfance. Elle se remémore son séjour chez les sœurs, et elle se souvient avoir été bien traitée. Elle allait au lit à une heure fixe, elle se réveillait au petit jour selon le principe de l'institution. Elle prenait son bain et pouvait manger copieusement, sans aucun souci. La prise de ses médicaments était supervisée par l'équipe soignante. Elle se sentait dans un environnement sécuritaire et hygiénique. Puis elle est retournée chez sa mère à l'âge de 14 ans et les choses se sont dégradées. Ses conditions de vie n'étaient plus les mêmes. L'état d'hygiène a disparu, la prise de ses médicaments est devenue aléatoire et, manger et prendre son bain à des heures régulières, est devenu choses du passé.

M pa ka pale de manman m paske lè m te vin malad la li te konn al entène m yon kote ki te dèlma 31. Chak lè l etène m, m vin lakay bouton yo rekale sou mwen ankò ; kounye a lè m yo vin wè sa yo te kenbe poutèt pou m pat mouri nan men l [...] Se a 14 an m rekonèt manman m, yo te vin remèt manman m mwen. M te viv trè byen paske yo te ban nou medikaman a 6è di maten, 3 fwa pa jou. Yo te konn ban nou medikaman kou l fè 6è diswa ankò yo reban nou. Nou benyen chak

granm maten. Yo pa janm kite nou sal akòz de maladi sa. Yo rele misyonè de lacharite (Jeanne, 19 ans, [VV/A-M/TS]).

Je ne peux pas parler de ma mère j'étais malade et elle m'a fait hospitaliser à Delmas 31. On constate que je rechute à chaque fois que je retourne à la maison. Les boutons sortent de nouveau sur tout mon corps dès que je suis chez ma mère. Constatant cette situation, les sœurs proposent de me garder afin de me sauver la vie. Ma mère a dû me laisser en résidence chez les sœurs. Je suis retournée chez ma mère vers l'âge de 14 ans. Je vivais très bien chez les sœurs. On me donnait les médicaments régulièrement trois fois par jour et tôt les matins je prenais un bain. Ces missionnaires de La Charité ne me laissaient jamais sale.

Peu de temps après son retour chez sa mère, Jeanne s'est liée d'amour avec un jeune homme de 22 ans, le tout contre la volonté de sa mère. Elle raconte « s'être fait prendre sa virginité » à l'âge de 14 ans et elle en parle avec amertume, ce dernier n'ayant pas offert la contre-partie monétaire attendue en retour de cette prise de virginité. Cette première relation sexuelle a eu lieu sans préservatif.

Premye eksperyans mwen, manman m pat aksepte m te renmen ak tinèg la. Li nèk pèdi m li pafè anyen pou mwen ankò lè sa m te gen 14 an. Li te gen 22 an. Esperyans ke te fè ansanm avè l e pat lakay mwen ni pat lakay li, se yon kote nou te al kay yon zanmi li te fè l ansanm avè m [...] chak nèg mwen pran y opa itil mwen anyen tou. Wi m te konn gen vant fè mal, paske l te peze lonbrit mwen pou san pat vide sou mwen, ann apre san an te vini. Kon sa nou te fè l wi san presèvatif (Jeanne, 19 ans [TS; VV; MA]).

Pour ma première expérience, ma mère ne voulait pas que je sois avec ce partenaire de 22 ans. Il a pris ma virginité à l'âge de 14 ans et n'a rien fait pour moi. Cette première expérience avait eu lieu chez un de ses amis sans utilisation de préservatif. J'avais mal au ventre en ce moment. Il avait pressé mon nombril pour que le sang ne coule pas. Je constate que les garçons que je fréquente ne font rien pour m'aider en termes économique.

Ensuite, à l'âge de 15 ans, Jeanne aura un autre amoureux, cette fois, âgé de 25 ans. Elle tombe enceinte et devient une mère monoparentale. Ensuite, elle n'aura plus de contact avec le père. Bien sûr, ce dernier ne répondra pas non plus aux besoins de l'enfant.

Lòt la m te vin ansanm avè l, li ban m yon pitit li pa okipe m avè l e mwen menm k ap fè kou m konnen si m pa genyen e m avann n, m konn ap dòmi kon sa leve kon sa. Lè m te vin wè sa, lè m te vin nan 4 - 5 mwa yo, m te mete m kò m deyò pou m te ka manje. M te gen 15 an lè m te ansent lan, timoun nan 4 an. Mesye a la wi, li te gen 25 an. Non m pa pale avè l, m pa gen amoni ansanm avè l (Jeanne, 19 ans [TS; VV; MA]).

L'autre partenaire avec qui j'étais devenue en relation m'a rendue enceinte à l'âge de 15 ans et n'a pas pris soin de moi ni de l'enfant. Il est âgé de 25 ans. Je vis dans une situation économique difficile. Je suis obligée de me débrouiller par tous les moyens afin de répondre à mes besoins et à ceux de l'enfant.

Commence alors les difficultés sociales de Jeanne. Adolescente, malade de surcroît et subvenant déjà difficilement à ses besoins, comment peut-elle subvenir aux besoins de son enfant? Elle ne reçoit aucune aide du gouvernement et, hormis sa mère, elle-même en position plus que précaire, elle ne peut compter que sur elle-même. Il ne lui reste alors que la difficile solution qu'offre la prostitution¹⁰.

[...] Ekseperyans m fè avèk gason, depi nèg la fin kouche m li pa di m anyen ankò. Wi genyen ki lage m konsa tankou papa timoun mwen an, li pa di m anyen. E mwen ki al fè de seri de bagay pou m ka jere l, pou mete timoun nan lekòl, m met men di, m al nan vi jenès tou pou m ka jere l, pou nou ka viv (Jeanne, 19 ans [VV; TS; MA]).

Je constate dans mon expérience avec les hommes, après des rapports sexuels, ils ne font rien pour moi. Le père de mon fils par exemple n'a rien fait pour m'aider avec l'enfant. À cause de mes problèmes économiques, je suis devenue travailleuse de sexe afin de répondre à mes besoins et à ceux de mon enfant.

Au moins, selon le résultat des tests de dépistage, son fils ne semble pas avoir été infecté par le virus au moment de l'accouchement. Jeanne affirme prendre des médicaments de contraception pour se protéger d'une autre grossesse. Elle est sous traitement antirétroviral depuis l'âge de 6 ans, et dit observer sa thérapie antirétrovirale. Elle a essayé pendant quelques

¹⁰ Jeanne raconte qu'elle a été agressée physiquement au moins une fois et se faire volée son argent après une soirée d'activités comme travailleuse de sexe.

jours de rater volontairement la prise de ses médicaments, mais elle se sentait en mauvais état. Depuis, elle a pris la décision de suivre à la lettre les consignes médicales de sa thérapie.

[...] Yo konn di nou fò nou fè planin, fò nou jere tèt nou si nou gen pitit déjà paske jan maladi a ye, ou pa kapab ap plede fè pitit, fè pitit. Wi poutèt sa m pran planin, pou m pa al fè lòt timoun avèk medikaman m, m toujou pran medikaman, m pa sote jou. M konn fè yon esè m pa bwè medikaman, m konn fè 2, 3 jou m konn vin santi m pa nan nòmal mwen, m pa menm jan m te ye a (Jeanne, 19 ans [VV; MA; TS]).

Ils nous parlaient parfois de contraception. En outre, ils nous disaient de penser à notre vie, car si on a déjà un enfant, on ne devrait pas en avoir trop. À cause de cela, je prenais de la contraception afin de ne plus avoir d'enfants. Pour les médicaments antirétroviraux, je les prends toujours. Une fois j'avais essayé de ne pas les prendre, je ne me sentais pas bien. Je me sentais vraiment mal.

Section 2. Normes et valeurs observées au sein du réseau relationnel : inventaire

La famille représente le lieu de prédilection de la transmission des normes et des valeurs parentales. Comme Fize (2005) l'a affirmé « [la famille] s'enracine en même temps dans la société et dans l'intériorité personnelle ». Les études font le plus souvent référence à la famille « traditionnelle », c'est-à-dire à l'union d'un homme et d'une femme avec des enfants dans le cadre d'une société traditionnelle. Les résultats de la présente étude montrent que les adolescents évoluent dans quatre types de famille : père ou mère monoparentale, famille nucléaire, famille reconstituée et famille élargie. Les femmes en situation monoparentale constituent la principale figure parentale dans ces familles dans lesquelles les adolescents évoluent. Comme le soulignent les travaux de Bijoux (1995) et de Cayemittes et coll. (2001) sur la famille haïtienne, ces femmes assurent l'éducation des jeunes, c'est-à-dire qu'elles transmettent à ces derniers des croyances, des valeurs, des règles à observer dans la famille ou dans la société comme l'affirme Cordié (2002). L'enfance représente la période au cours de laquelle, ces jeunes font au sein de leur famille, l'apprentissage des normes et des valeurs parentales (Parazelli 2000, Vallon 2006, Déchaux 2007, Cordié 2002). Elle est donc le premier agent de socialisation avec qui les enfants sont en contact.

Dans cette thèse, les notions de normes et valeurs ne diffèrent pas de ce qu'entend le sens général et courant de la langue française. Le Petit Larousse illustré (1985) définit les normes comme des « règles, principes et critères auxquels se réfère tout jugement ». Quant à la notion de valeurs, elle désigne ce qui est posé par les acteurs et les sociétés concernés comme « vrai, beau, bien »; comme « quelque chose à défendre ». En effet, les valeurs constituent un « ensemble de règles jugées conformes à un idéal et auxquelles on se réfère ». Découvrons maintenant ce que valorisent surtout les figures étudiées du réseau relationnel des adolescents à l'enquête et ce qu'elles préconisent: en d'autres termes, analysons maintenant les valeurs et les normes que révèlent les discours recueillis.

a) La famille valorise avant tout le bien de l'enfant à travers diverses protections

1. Protéger contre le stigmat social

Pour un parent affecté par le statut sérologique de son enfant, la protection contre le stigmat social représente une valeur essentielle. Selon ce que les jeunes racontent, il semble que la sécurité de l'enfant n'est assurée que sous le toit familial, bien que la protection des enfants constitue une des fonctions essentielles de toute famille (Vallon, 2006). La famille des enfants infectés au VIH monte un mur de protection autour de l'enfant à travers le secret en tant que norme dans les relations interpersonnelles. En effet, le VIH est considéré par une grande partie de la population haïtienne comme une maladie honteuse. Les personnes atteintes par cette infection se sentent souvent discriminées ou stigmatisées au sein de la société. Ces personnes éprouvent de la culpabilité par rapport à l'infection et cachent leur pathologie par crainte du rejet par un membre de la famille ou par un partenaire sexuel. Par gêne et aussi par crainte du rejet, les parents attribuent au secret une grande importance. Ils en font une norme dans leur relation avec les autres. Ce secret est donc organisé entre la mère, l'enfant et le soignant comme Champion et coll. (1999) l'ont mentionné. Deux moments sont identifiés dans cette organisation du secret : avant l'âge de 12 ans et à partir de l'âge de 12 ans. Le moment situé avant l'âge de 12 ans est identifié comme une période passive de consommation des médicaments sous l'autorité des parents, sans connaissance du statut sérologique. Ce

moment, par une communication parentale douteuse, est rempli de semi-vérités diffusées aux adolescents sur leur état de santé. Dans les extraits du témoignage des adolescents, ce moment, de l'âge de 12 ans, est vécu comme une période de questionnement sur la nature de leur pathologie. Selon ce que les jeunes rapportent, vers l'âge de 15 ans, le dévoilement du statut sérologique se fait le plus souvent par les parents sous l'impulsion des soignants ou par les soignants eux-mêmes. Devenus conscients des enjeux liés à l'infection au VIH, les adolescents affirment accorder aussi une grande importance à ce secret. Ils relatent avoir pu se retenir d'une manière générale de partager avec leurs amis les informations relatives à leur état de santé.

Non yo pa okouran, sèl fanmi m ak kèlke. Oh kòmsi okòmansman m te di w sa, se pa yon amitye tèlman pwofon m jis pale abòde kèlke sijè se pa de sijè kòmsi pèsone m pa abòde sijè sa pou pafwa pou m pa santi m genan, m pa konn kisa yap panse de mwen kijan yap akeyi m, kijan yap abòde m avè sa m genyen poutèt sa m pa ese (Joel, 19 ans, [VV]).

Mes amis ne sont au courant de rien, sauf ma famille. Comme je te le dis, je n'ai pas une amitié profonde avec eux. Je n'aborde pas des sujets personnels avec eux pour ne pas me sentir gêné. Je ne connais pas comment ils vont le prendre et quel sera leur comportement à mon endroit. En ce sens, je préfère garder mon secret.

2. Contre la maternité précoce

La grossesse précoce est un autre volet dans lequel les parents interviennent. Cette forme de protection est largement valorisée au sein de la famille. Les adolescentes sont les seules à être ciblées dans cette forme de protection. Deux normes sont dictées pour pousser les adolescentes à éviter une grossesse. Il s'agit de la temporisation et du mariage. Par la temporisation, les parents tentent de dissuader les jeunes d'avoir des rapports sexuelles. Ils avancent comme argument, la maturité physique et psychologique comme étant un prérequis aux relations amoureuses.

M kenbe tout sa yo di m pou m tann laj mwen lè m fin lekòl. Non fok mwen gen maturite sa vle di man jen menaj men jan lekòl la fò m gentan ap travaj, fini lekòl gen tout sa m bezwen poum gentan nan kay apre sa ma fè sa m vle. Yo di m tou pou m gen menaj la fok mwen ta fok mwen panse avek. Kounye a chak fwa pou m ap vin isit la epi tou pou m we map vin ak timoun epi tou sa m panse e kisa m pral di menaj (kriye) (Alma, 19 ans).

Ce que je retiens surtout de mes parents, c'est d'attendre ma maturité, de terminer avec les études et de trouver un emploi. Il me faudra aussi penser à la maladie. Car, je dois venir pour les visites médicales. Comment je vais expliquer cela au partenaire.

Par le mariage, les parents introduisent une norme chrétienne forte dans la communauté qui distingue les chrétiens des païens, selon eux. Le slogan étant d'ailleurs : aucun rapport sexuel avant le mariage.

Sal di m nan li bon men ni mwen menm tou menm lè m ta gen yon menaj si m ta anvi ba li se pou m pwotege, m pito rete konsa paske depi ou renmen avèk moun nan, lontan yo te konn tann apre mariaj men (Ariane, 18 ans).

Ce que mes parents disent me semble correct. Car, admettons que j'aurais un partenaire et que je veux entrer en relation sexuelle, je dois me protéger. Dans ce cas, je préfère m'abstenir. Jadis, les gens attendaient le mariage pour avoir des relations sexuelles, de nos jours, ils ne veulent pas attendre ce moment.

3. Contre la maladie (par l'observance thérapeutique)

La santé des jeunes, malgré le fait qu'ils soient devenus plus autonomes et peuvent eux-mêmes se rendre à la clinique, ne laisse pas indifférents les parents¹¹. Ils se soucient aussi de leur protection en matière de santé d'une manière générale, mais spécifiquement de l'infection au VIH. En ce sens, la protection contre la maladie constitue aussi une valeur sur laquelle les parents portent une attention spéciale. En effet, par la surveillance assidue du respect des visites médicales, les parents ou tuteurs veulent s'assurer que les jeunes s'engagent vraiment

¹¹ Un parent peut être une mère monoparentale, un père monoparental, une tante, une grand-mère ou tout substitut des parents biologiques.

dans leurs démarches thérapeutiques. À ce niveau, l'observance thérapeutique et l'utilisation de préservatif constituent des normes prônées au sein de la famille. En ce qui concerne l'observance thérapeutique, les parents ont passé près de douze ans à faire prendre aux jeunes leurs médicaments, à l'adolescence, ces derniers deviennent responsables de la prise de médicaments. À ce stade, les parents ne font que les motiver à respecter leur thérapie. Pour ce qui est de l'utilisation du préservatif, bien que les parents ne soient pas totalement en accord avec cette pratique, ils les incitent toutefois à développer ce réflexe de protection afin d'éviter la surinfection ou d'être infectés par d'autres infections transmises sexuellement.

Li konn di m trè trè danjere. Atansyon sitou ou pral kouche ak yon nèg la a, fò w mete kapòt sitou ou déjà gen maladi a pou w pa enfekte plis sou ou. W ap bwè medikaman (Girma, 20 ans, [VV/TS]).

Mes parents me parlent des relations sexuelles en me disant que c'est dangereux. Ils me disent de faire attention, car si je veux entrer en rapport sexuel, il me faut utiliser un condom afin de ne pas augmenter mon infection.

4. Contre le chômage et la pauvreté

Les parents haïtiens investissent beaucoup dans la formation de leurs enfants. Ils ne reçoivent aucune aide du gouvernement ou de l'État pour prendre soin d'eux. Cependant, ils ne reculent devant aucun obstacle pour donner une formation de qualité à leurs enfants, sauf s'ils sont dans l'impossibilité matérielle de le faire. Les études constituent une norme fondamentale, un moyen par lequel les enfants doivent changer leurs conditions d'existence et celles de leur famille.

Ni yo konnen wi, tout moun konnen. Nou konn pale. Yo mandem sim fe bagay, lé fe bagay sim mete kapot m di wi men m toujou mete yo aléz. Fom m pa al lage tet mwen, pou m pa al ansent kounyea degagem pou finn lekòl interese ak sa, poum wé sim ka ede lot 2 ti sém yo. M koprann ni, mwen we 3 bon ide kel ban mwen (Juna, 18 ans).

Ils sont tous au courant. Ils m'avaient demandé si je suis sexuellement active et si j'utilise des préservatifs. Je leur ai dit la vérité. Ils me conseillent de prendre des précautions pour ne pas être enceinte. L'important c'est de terminer mes études afin de pouvoir aider mes 2 petites sœurs. Je comprends et je pense que les idées sont bonnes.

La famille dans le contexte haïtien est une affaire privée et les parents ou leurs substituts considèrent leurs enfants comme leur «bâton de vieillesse» pour reprendre l'expression de (Perreault et Bibeau, 2003). Dans un proverbe créole, il est dit «bourik fè pitit pou do li ka poze» (c'est pour ne plus transporter des marchandises sur son dos que le cheval donne naissance à un petit cheval». Investir dans un enfant, c'est une autre manière de préparer sa retraite.

Mwen kenbe tout paske m wè gen jèn ki pa menn rive nan laj mwen ki gentan manman pitit mwen menn m pa ta renmen pou m manman avan m fini lekòl mwen, pou m fini yon ka ede moun ki konn ede m yo avan m al nan relasyon (Bertha, 20 ans).

J'ai enregistré tout ce que mes parents me disaient. Car, j'observe qu'il y a des jeunes filles qui sont moins jeunes que moi et qui sont déjà mères. Je n'aurais pas aimé être dans cette situation. Avant je dois terminer mes études afin de pouvoir venir en aide aux personnes qui m'avaient prise en charge.

5. Contre l'influence potentielle négative des pairs

Les parents ou tuteurs manifestent une méfiance par rapport aux pairs et aux amis de leurs enfants. Ils font tout pour empêcher leurs enfants d'entretenir des relations amicales avec des inconnus.

Bon tankou yo pa vle m gen zanmi, bo lakay la, e plis gason genyen, m pa gen zanmi fi men ki pi gwo jen fanm yo ye e pa nan stad mwen. Yo gen plis laj pase m, kounye a m ta ansanm ave yo yap fe m santi m pa byen (Alma, 19 ans).

Mes parents ne veulent pas que j'aie des amis. Pourtant, dans ma zone il y a plus de garçons que de fille. D'ailleurs, les filles de mon quartier son plus âgées que moi. Je ne peux pas être en leur compagnie, car ells me feront sentir la difference.

Les parents se renseignent souvent sur le comportement de potentiels amis de leur enfant avant de les accepter. Le repli familial et l'isolement sont des normes dictées par les parents pour éviter que leurs enfants subissent l'influence négative des pairs.

Yo pa vle m pale avek zanmi yo vle se andedan kay selman pou m rete chak zanmi m pale yo fè moun pou mwen, menm pwop fanmi m ap di m tipitit sa pa two kole avel l paske l danje. Yo konn ap veye m gade kote m prale lè m pral lekòl yo voye moun al veye pou wè si m pafè wout krochi [...] (Carla, 16 ans).

Mes parents ne veulent pas que je fréquente des amis. Ils veulent que je reste à la maison tout le temps. Ils me surveillent afin que je n'aille nulle part d'autre que l'école ou là où ils m'envoient.

6. Contre la lourdeur du secret qu'on ne peut partager

Vivre avec un secret difficile à partager constitue un poids que les jeunes traînent au quotidien. Dans leur discours, ils disent qu'ils sont plus en confiance et à l'aise avec une personne ayant le même statut qu'eux. Les parents, étant conscients de cette situation, font de la protection contre le poids de ce secret une valeur. D'ailleurs, les jeunes qui vivent avec un parent infecté semblent développer un lien d'attachement plus fort avec ce parent. Pour cette raison, le repli familial devient la norme. Par exemple, Jeanne (19 ans, VV) raconte la complicité qu'elle entretient avec sa mère, car elles peuvent vivre en toute quiétude avec leur secret. Du côté de Marco, bien qu'il ait d'autres membres de sa famille dans la maison, il dit qu'il se sent plus à l'aise de discuter de certains sujets avec sa mère, compte tenu du fait que celle-ci ait le même statut sérologique que lui.

Nou konn fè chita pale map pale de VIH la men san y opa konn si de mwen a manman m genyen l men nou 2 a konn chita ap pale de kijan moun gen maladi a men kijan moun ka pran l e ou pa dwe tou al gache vi ou nan fè move bagay (Marco, 18 ans).

Avec d'autres gens, nous parlons du VIH sans qu'ils sachent que maman et moi sommes infectés. Nous sommes les seuls à le savoir. Parfois, ma maman et moi, nous discutons sur les modes de transmission de la maladie. Et surtout comment on ne doit pas gâcher sa vie en faisant de mauvaises choses.

Constat Paradoxal sur les Normes et Valeurs de la Famille

Les valeurs de la famille tournent autour de la protection de l'enfant. Le secret, le repli familial, l'observance thérapeutique, la temporisation, le mariage, les études sont autant de normes véhiculées au sein de la famille. On note dans la transmission de ces normes et valeurs parentales, un égocentrisme familial qui accorde peu d'importance aux personnes en dehors de ce cercle. Ce culte « du moi » semble être un aspect de la culture urbaine haïtienne qui s'est développé au cours des trente dernières années. Ce culte « du moi » peut être illustré par un dicton bien connu qui stipule « chak koukou klere pou je-l » (Chacun doit s'occuper de ses propres affaires). Dans la société haïtienne, la famille est considérée comme une affaire privée. Les autorités constituées ne s'immiscent pas dans les affaires de famille et ne contribuent nullement à la prise en charge des enfants d'une manière générale, voire des enfants infectés au VIH. Ce culte « du moi » trouve un terrain fertile avec les adolescents. L'adolescence, cette période de la vie où tout se transforme, se caractérise par une quête d'affirmation de son identité propre (Cordié, 2002). Au cours de cette période de grande mutation, une différence de genre est observée. Les filles sont davantage sur le « mode sentimental » alors que les garçons sont essentiellement sur le « mode de la plaisanterie ou de l'exaltation des valeurs viriles et de la compétition » (Galland, 2001). Cet égocentrisme se trouve donc renforcé par les normes du secret prônées au sein de la famille. En les appliquant, les adolescents risquent de mettre en danger leur partenaire. C'est d'ailleurs dans cette situation que se retrouvent de nombreux adolescents sexuellement actifs. Par exemple, Carine a été infectée par transmission verticale et a eu ses premières relations amoureuses à l'âge de 16 ans. Son partenaire voulait avoir une relation sexuelle avec elle, mais elle a refusé. Vers l'âge de 17 ans, elle dit avoir accepté d'initier ses premiers rapports sexuels sans préservatif et sans avoir mis au courant son partenaire. Elle est devenue enceinte et a mis au monde un enfant. Bien qu'ils soient séparés depuis la grossesse, le père de l'enfant n'a rien su de son statut sérologique.

A 16 zan m komanse renmen wi, lè w renmen lè m ou nan fè ti lanmou ou pa konn lè ou fè seks gen de fwa l fache poutet m pa vle viv avè l m pa dako m poko vle, epi pandan m gen 17 tan m chwazi fè avè l, m fè sèks avè l m viv avè l. 15 zan, li te gen 15 zan. Non, m pat chwazi sa m pat konn laj li, e apre m fini renmen lè map mande l ki laj kounye a m vin konnen, kom nou te gentan renmen m tou rete. M renmen avè l a 16 zan, men depi nan peryod 16 zan nou koumanse karese

epi a 17 tan an nou koumanse fè seks. Lakay mwen, nou konn fè seks. M pa pran yon two gran plezi ladan. Li te di, li te fè m mal. M te senyen. Gen kèk jou mwen pa fè l, pa kèk jou, kèk mwa. Nou fè chak mwa ou chak 15 jou. Men a chak fwa se lakay mwen l vini. Nou gen pafwa m konn al lakay li tou wi. Wi depi lè m ansent lan m pa janm pale avè l. Nou pafè seks menm. Timoun nan byen, yo te di m vin la avè l, yo te fè tès pou li, yo di li pa enfekte (Carine, 18 ans [MA; VV]).

J'ai débuté mes premières relations amoureuses à l'âge de 16 ans. Dès qu'on se lie en amour, on commence à se faire caresser, le sexe va arriver sous peu. Mon partenaire se fâchait du fait que je ne voulais pas entrer en rapport sexuel. À l'âge de 17 ans, j'ai choisi d'entrer en relation sexuelle. Il était plus jeune que moi, et âgé de 15 ans. Je suis au courant de son âge après avoir accepté d'être sa partenaire. Les rapports sexuels se font d'ordinaire chez moi. Je ne prends pas de plaisir dans ces rapports. Pour le premier, j'ai eu beaucoup de douleur. Il m'a rendu enceinte, et depuis nous n'avons pas eu de rapport.

De son côté, Rose-Anne est dans une relation depuis l'âge de 16 ans, et ce avant même d'avoir été mise au courant de son statut sérologique. Elle dit avoir refusé à maintes reprises les invitations à caractère sexuel de son partenaire. Elle affirme avoir pris la décision d'avoir des rapports sexuels à l'âge de 18 ans. Rose-Anne rapporte avoir eu des regrets suite à ces rapports avec son partenaire. Elle confesse que le fait de garder un secret et de ne pas pouvoir le partager avec son partenaire est une situation extrêmement difficile. Toutefois, elle dit qu'elle propose à son amoureux d'utiliser le préservatif afin de se protéger contre la grossesse et d'autres infections transmises sexuellement.

Bon sa fè lontan m te gen yon ti mennaj depi lè m te gen 16 zan, nou te toujou ap pale men avan sa m potko konn sa non, [...] li te ofri m pou m tale fè yon bagay m di non m pap kapab non paske m poko men m fin gen tete a. Kòmsi pou m ta al nan rapò avè l m te di non sèke m poko prè pou sa aprè sa si lap tann mwen lè m gen 18 tan pou m rantr nan yon bagay konsa, m toujou renmen avè l nou vin rekonekte ansanm, se lè m gen 18 tan m vin rantr nan rapò avè l lè m fin fè l men pa fwa m konn ap panse ak sa, men pafwa m konn regrèt [...] wap viv a moun nan kòmsi m pa ka twò kache l se vre lè m vin rantr nan relasyon avè l m toujou di l m pap sèvi san prezèvatif m di l men ou konnen l pa bon, ou ka pran maladi, ou ka ansent mwen, m pa lakay paran m, m jis la pou tan l ta vle m, m tou pwofite (Rose-Anne, 19 ans).

Je suis en lien avec mon partenaire depuis l'âge de 16 ans. À ce moment, je n'étais pas encore au courant de mon statut VIH. Il m'avait demandé d'entrer en rapport sexuel avec lui. J'ai refusé, car je n'avais même pas encore eu de seins. Je lui ai dit d'attendre que je sois plus mature. Nous avons eu notre premier rapport sexuel quand j'ai eu 18 ans. Parfois, j'ai le regret d'avoir eu ce rapport avec lui. C'est dur d'être avec quelqu'un et de lui garder un secret. Par ailleurs, je lui demande d'utiliser de préservatif afin d'éviter d'être enceinte ou de se protéger contre des maladies infectieuses.

b) Les soignants valorisent

La clinique pour adolescents des Centres Gheskio est unique à Haïti. Elle dessert la population adolescente dans plusieurs domaines de la santé comme la gynécologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la psychologie, etc. Elle organise aussi des activités récréatives en vue de briser l'isolement dans lequel certains adolescents infectés au VIH se retrouvent. Cette clinique est composée de professionnels multidisciplinaires. Ces adolescents fréquentent la clinique sur une base mensuelle. Ils viennent à la clinique pour des suivis médicaux, pour le renouvellement de leurs médicaments, pour un suivi psychosocial ou pour participer à des groupes de soutien thérapeutique. Pour avoir fréquenté la clinique depuis leur enfance, les adolescents considèrent la clinique comme un endroit où ils peuvent trouver protection et sécurité, au même titre que le foyer familial (Maxi, 2010). En ce sens, les soignants sont donc perçus comme des parents, voire des membres de la famille. De ce fait, ils sont aussi des transmetteurs de valeurs et de normes comme Fortin et Le Gall, (2007) l'ont souligné. Nous notons toutefois une différence dans le parcours des adolescents infectés par transmission verticale et de ceux infectés par voie sexuelle. Les premiers sont influencés par les valeurs familiales et les valeurs des soignants avant de s'exposer aux influences des pairs. Par contre, les seconds sont influencés par la famille et sont en interaction directe avec les pairs avant d'être pris en charge par les soignants. Voici donc les normes et valeurs véhiculées par les soignants à la clinique pour adolescents des centres Gheskio.

1. L'observance thérapeutique

Le Centre Gheskio est une organisation non-gouvernementale créée par un groupe de médecins haïtiens au cours des années 80. Depuis, les spécialistes des sciences biomédicales constituent le pivot de cette organisation. Ils ont progressivement fait appel à d'autres professionnels des sciences humaines et sociales pour intégrer leur équipe. Malgré la présence de ces derniers, les soignants de toutes les disciplines du centre valorisent avant tout la santé dans sa dimension biomédicale. Les psychologues et les travailleurs sociaux concentrent leurs interventions sur le counseling VIH et l'observance thérapeutique, notamment avec les adolescents infectés au VIH. L'observance thérapeutique est d'ailleurs la principale norme véhiculée auprès des jeunes aux prises avec le VIH.

Bon yo toujou entèrese n pou m bwè medikaman yo toujou di m se yon maladi fragil li ye lontan pat gen tretman pou li si m jwenn tretman pou li se kounye a pou n pran sa a la chaj se pou m toujou bwè konprime yo e m konn patisipe nan pwogram andedan tou (Arielle, 18 ans).

Ils m'intéressent à boire mes médicaments, car disent-ils c'est une maladie fragile. Dans le passé, il n'existait pas de médicament, s'il nous arrive d'en trouver de nos jours, nous devons en être reconnaissants en les prenant régulièrement.

Lors des séances de sensibilisation sur l'importance de l'observance thérapeutique, les soignants remémorent aux patients le temps où le VIH était incurable, avec le moment où il est devenu un virus «traitable» grâce aux antirétroviraux. Cet exercice a donc pour but de démontrer la valorisation du maintien de la vie accordée par la science biomédicale. Dans ce contexte, la lutte contre le suicide devient la norme. Le slogan étant donc « Gras ak medikaman ARV yo, nap viv vi nou nòmalman » (Grâce aux médicaments ARV, on vivra sa vie normalement).

Yo konn mande m si m pran medikaman byen, yodi m CD4 mwen bon. Yo konn di depi ou pa pran medikaman an byen ou ap mouri, depi ou pran medikaman ou, ou ka viv yon ti jan lontan. Bon yo ka pa vle pale l. Yo ka pale l avek jèn, sitou lè yo ap fè fòmasyon nan sal la, yo pale avek jèn yo (Farah, 17 ans).

Ils me questionnent pour savoir si je prends normalement mes médicaments, car ils vérifient mon CD4 et le trouvent correct. Ils disent si je ne prends pas mes médicaments, je mourrai. Par contre, si je les prends convenablement je vivrai assez longtemps. Ils discutent de cela en salle de formation.

2. Le port du préservatif (la non-propagation de l'infection)

La prévention contre la propagation de l'infection en vue de faire baisser sa prévalence constitue aussi une valeur pour les soignants. Les normes véhiculées auprès des jeunes lors des séances de counseling ou des sessions de groupe sont l'utilisation constante et régulière de préservatifs ou l'abstinence sexuelle.

Wi yo pale m de sa, pou m toujou bwe medikamann yo, pou m toujou sèvi a prèsevativ, pou m pwoteje tet mwen si yon lot moun genyen e si m genyen tou pou m pa bay lot moun (Juna, 18 ans).

Ils me parlent de prendre mes médicaments, de me protéger en utilisant un préservatif lors des rapports sexuels. Ils me conseillent afin de ne pas transmettre la maladie, de même de ne pas en attraper d'autres.

3. La temporisation

Elle consiste à attendre sa majorité avant de s'initier dans des activités sexuelles. Dans cette perspective, le mariage est présenté comme seul moyen d'accès au plaisir sexuel, puis d'enfanter.

M toujou, lè m ap pale avèk yo de sa yo toujou fè reyinyon pou mwen, yo toujou di m bwè medikaman yo met sa nan tèt mwen. Wi, yo toujou di m sa, yo toujou di m pa al kouri nan tigason. M kenbe tout sa yo di m yo (Maryse, 16 ans).

Conversant avec eux, lors des réunions ils me conseillent toujours de boire mes médicaments. Ils me conseillent de ne pas me lier en amour trop tôt. J'ai retenu toutes les informations qu'ils m'ont données.

c) Les pairs valorisent

L'adolescence est une transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est un entre-deux dans le cycle de la vie (Lesourd, 2004 ; Taborda-Simões, 2005 ; Dolto et coll. 2003 ; Soulière, 2007 ; Parazelli, 2007). Dans le domaine de la psychologie, elle se caractérise par la puberté qui selon Mardon (2009) serait :

« L'acquisition de la fonction reproductive et des caractères sexuels secondaires. [Elle] se traduit par l'augmentation de la masse générale du corps, un accroissement de la taille, et l'apparition de la pilosité pubienne et axillaire » Mardon (2009, p.109).

Elle se caractérise aussi par une crise de nature biologique, psychologique et sociale (Emmanuelli, 2005 ; Marcelli et Braconnier, 2008). La sexualité des adolescents constitue depuis un certain temps un important domaine de recherche pour les chercheurs. Elle l'est devenue davantage au cours des années 80 avec l'avènement de l'infection du VIH. L'âge du premier rapport sexuel a autant préoccupé les chercheurs que les dirigeants politiques, qui voulaient développer des stratégies de prévention (Bozon et Kontula, 1997). Cette période de la vie se caractérise donc par l'expérimentation des premières relations amoureuses et sexuelles. Amour et sexualité sont d'ailleurs des sujets de conversation qui occupent une large place dans les conversations des pairs (Le Gall, 2007; Lachai, 2002 ; Winter, 2001). Dans la théorie psychosociale d'Erikson (1968), la capacité à s'engager dans une relation intime stable et durable, notamment une intimité sexuelle constitue une des tâches que l'adolescent doit accomplir pour accéder au statut d'adulte.

Dans le contexte haïtien, l'adolescence en tant que période du développement humain est un concept connu et utilisé, surtout par les intellectuels et les personnes instruites. Les parents non cultivés utilisent un autre vocabulaire pour exprimer cette période. Pour ces gens, il existe deux périodes importantes dans l'évolution humaine. En créole, ce sont «timoun» et «granmoun», dont l'équivalent en français est (enfant) et (adulte). D'ailleurs, un dicton populaire traduit en partie le lien hiérarchique au sein du foyer. Il stipule que : «De granmoun pa viv nan menm kay» (deux adultes ne cohabitent pas sous le même toit). Dans l'esprit de ce dicton, cela sous-entend que dans une maison, il existe des enfants, (timoun) et un adulte

(granmoun). Cela est aussi valable pour un individu ayant atteint l'âge de la majorité. Malgré cette constatation, l'adolescence dans le contexte haïtien ne semble pas être différente en matière de sexualité de celle d'autres contextes culturels mentionnés dans la littérature. Voici donc les normes et valeurs des pairs dans le contexte haïtien.

1. La défloration comme throphée masculin

La défloration des filles représente un grand accomplissement pour les garçons qui le perçoivent comme un signe de virilité. D'ailleurs, le terme utilisé pour exprimer la défloration et le style pour le dire sont évocateurs. En créole on utilise le mot «pèdi» (perdu) comme équivalent de déflorer. Dans un des extraits de son témoignage, Roger, (19 ans [VS]) affirme sur un ton vainqueur «se mwen ki te pèdi l» (c'est moi qui l'ai perdu). Avec ce ton affirmatif, Roger exprime aussi son pouvoir en tant qu'homme et l'affirmation de sa virilité.

Depi avan, bon sa m te fè avan an premye menaj mwen m te fè l an apre lè m vin wè bagay sa yo m wè sa pa anyen, an aprè plis. Premye fwa m te ka gen 15 zan, kounye a nou kite a 16 zan manzè gen menn laj avè m tou, [...] e nou te fè de seri de bagay, nou te fè seks ansanm m ap toujou respekte ou paske se tout devwa pa m. Se li men ki te premye fwa m te fè avèk. Se mwen ki te pèdi l. Sa te fèt lakay [...] m wè n ap fè ti bagay nou ansanm m wè san pete m etone men limen lap vin di m se kounye a li pèdi l etone (Roger, 19 ans [VS]).

J'ai passé près d'une année avec ma première partenaire. Nous avons eu le même âge (15 ans) lors des premiers rapports sexuels. J'ai pris sa virginité chez moi. Nous étions tous deux étonnés quand elle commençait à saigner. Je lui dois du respect puisque je suis celui avec qui elle a eu sa première relation sexuelle.

Par ailleurs, le refus d'une fille d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire peut-être interprété comme un signe de manque d'amour. Pour ne pas perdre son amoureux, la fille acceptera souvent peu de temps après sa demande. Le témoignage de Judith, (19 ans [VS]) va dans ce sens. Pour les garçons, la conquête constitue la norme. Cette dernière est d'ailleurs socialement admise puisque les garçons sont perçus dans la communauté comme le « coq du village ».

Premye a li an frans, m te konn byen viv lontan lè sa a m pot ko malad paske se apre 12 janvyè li pati. Lè sa m vin pati, ti medam vin ap pran tèt mwen vreman nou fè lanmoun le sa l arive pedi m. M te genyen 16 zan, sa te fèt Bò lakay mwen. Li mande m fè seks nan jodi m di l m pap kapab non m fè demen si dyevle li rele m li di m pap fè sèks, li di a depi ou wè ou pa vle fè seks avè m paske ou pa renmen m, m di paske m pa renmen ou m di m pap fè epi menm kote a nap fè lanmou bagay sa yo, li pran peni l li mete l, li di oh apa te vyèj vre, [...] e li vin arive pedi m, [...]. Wi premye moun. Wi avan m te konn fè ti lanmou avan m pat konn fè sèks. Wi m te bay san, li te fè m mal (Judith, 19 ans [VS]).

Il a pris ma virginité à l'âge de 16 ans. Il m'avait demandé d'entrer en relation avec lui, ce que j'avais refusé. Il a interprété mon refus comme un manque d'amour. Un autre jour, j'ai accepté de faire l'amour avec lui et à ce moment il m'a pénétré. Il était étonné de constater que j'étais vierge. Ce rapport était douloureux et j'avais beaucoup saigné.

2. La virginité comme vertu féminine

La virginité est très valorisée du côté des filles. Elle représente un capital qu'on donne par amour ou pour répondre à des besoins d'ordre social et économique. À ce niveau, les normes sont donc, la vertu féminine, le mariage ou la temporisation. Les parents conseillent aux jeunes filles de se méfier des hommes, car ils ne leur apporteront rien de bon. La virginité ne doit être donnée qu'à un homme qui le mérite, et surtout durant le mariage. Juliette, (20 ans [VS]) affirme avoir donné sa virginité simplement par amour pour son partenaire.

Ou konnen m pot ko, e se pa yon bagay m te konn abitye fè e m al fè an mod moun konn ap di kounye m vin pèdi, l oblige fè m al kontinye m vin malad manman ap vin konnen an apre m vin ap eksplike l men sak pase men sak pase. Nan chanm lakay li. Nan chanm lakay li a wi, kay li a se kay manman l abite [...] M jis te renmen menaj mwen, m chwazi fe l m fe l pe enppot nou fe l [...] M pat konn mete pwoteksyon lè n ap fè bagay. M nan renmen depi a 14 zan, m ka fè ti renmen jwet ti renmen an kachet paran pat konnen [...] men m fè 3 renmen kounye a se sou 3eme nèg lan m vin avè l [...] Premye a li te pi gran pase m lè sa li te gen 19 van mwen men m te genyen 14 zan [...] M te fè 2 a 3 zan konsa avek premye moun nan [...] M renmen fè lanmou anpil apre sa l kouche m renmen fè bagay. Gen anpil lot fason men m pa renmen yo (Juliette, 20 ans [VS]).

J'ai eu mes premières expériences à l'âge de 14 ans et le partenaire avait 19 ans. Ma mère avait été au courant parce que je devenais malade après ce rapport. Il n'avait pas utilisé de préservatif lors de cette relation. Le premier rapport avait eu lieu chez lui. J'avais choisi de faire le sexe avec lui parce que je l'aimais. J'aime beaucoup faire l'amour et le sexe.

Par contre, Jeanne, (19 ans [TS; VV; MA]) raconte avoir «perdu» sa virginité aux mains de son partenaire à l'âge de 14 ans. Cependant, elle s'attendait à une prise en charge économique de son partenaire, mais celui-ci n'a pas répondu à ses obligations.

Premye eksperyans mwen, manman m pat aksepte m te renmen ak tinèg la. Li nèk pèdi m li pafè anyen pou mwen ankò lè sa m te gen 14 an. Li te gen 22 an. Esperyans ke te fè ansanm avè l e pat lakay mwen ni pat lakay li, se yon kote nou te al kay yon zanmi li te fè l ansanm avè m [...] chak nèg mwen pran y opa itil mwen anyen tou. Wi m te konn gen vant fè mal, paske l te peze lonbrit mwen pou san pat vide sou mwen, ann apre san an te vini. Kon sa nou te fè l wi san presèvatif (Jeanne, 19 ans [TS; VV; MA]).

Pour ma première expérience, ma mère ne voulait pas que je sois avec ce partenaire de 22 ans. Il a pris ma virginité à l'âge de 14 ans et n'a rien fait pour moi. Cette première expérience avait eu lieu chez un de ses amis sans utilisation de préservatif. J'avais mal au ventre en ce moment. Il avait pressé mon nombril pour que le sang ne coule pas. Je constate que les garçons que je fréquente ne font rien pour m'aider en terme économique.

3. La sexualité restreinte au cadre de l'engagement

La notion de plaisir est aussi en fonction du sexe puisque ce qui plaît aux garçons ne plaît pas forcément aux filles. Ces dernières prennent du plaisir à être en amour avec un partenaire. Elles cherchent à être aimées. Elles accordent donc plus d'importance aux sentiments, comme l'affirme Gallant (2001). Par contre, les garçons aiment les rapports sexuels. Ils veulent à tout prix expérimenter leur virilité, sans aucun engagement de leur part. Par exemple, Julio dit ne pas pouvoir passer plus de 12 mois avec une partenaire.

Dezyèm nan lè m vinn kòmanse ap gen lespri tankou gen menaj m pa plis zanmi m yo te konn toujou ap di fi pa bon, fi pa bon bagay sa yo pa konn nan renmen bagay sa yo, m pa ka di l, bon vinn nan dezyèm nan pa ka di bon bon m pat konn genyen yo kòm menaj vre. Bon m pa jann fè plis ke 1 nan, tankou premye a m fè anviwon 5 mwa konsa, dezyèm nan 8 a 9 mwa. Non yo pli gran ke mwen (Julio, 19 ans [VS]).

Les filles avec qui je suis en amour sont pour la plupart des amies. Je ne les considère pas vraiment comme partenaire amoureuse. D'ailleurs, je ne passe pas longtemps dans une relation amoureuse. La durée de mes relations ne dépasse pas 1 an. Ma première expérience a duré 5 mois alors qu'avec la deuxième j'ai passé entre 8 et 9 mois.

Comme certaines filles l'ont affirmé, les garçons sont toujours en demande de rapport sexuel car il le voit comme un gage d'amour. Ces dernières cèdent aux charmes de leur partenaire en lui donnant du plaisir et par crainte d'être abandonnées. Ainsi, les filles transgressent souvent leurs propres normes pour faire plaisir à leur amoureux. En ce sens, la relativisation de l'importance des autres normes devient une norme. C'est donc le refus de l'abstinence, le refus de la temporisation, le refus du repli et de l'isolement et le refus de la virginité jusqu'au mariage.

4. Les pairs valorisent la sexualité comme l'expression d'un engagement

Judith (19 ans [VS]) par exemple, raconte avoir refusé des relations sexuelles avec son partenaire suite à la demande de celui-ci. Le partenaire a interprété ce refus comme un manque d'amour et lui a demandé une preuve de son affection. Judith dit avoir succombé quelques jours après à cette demande et lui a donné sa virginité. Carine, (18 ans [MA; VV]) pour sa part témoigne de l'attitude de son partenaire du fait qu'elle avait refusé d'avoir des rapports sexuels avec lui. Elle affirme que son refus l'a contrarié, et a dû céder afin de pouvoir conserver sa relation. Pour les filles, la norme en matière de sexualité est donc l'engagement car c'est un moyen de conserver la relation avec un partenaire alors que pour les garçons, la sexualité est un moyen d'expérimenter leur virilité comme l'ont déjà observé Bozon et Kontula (1997); Galland (2001) ; Tremblay (2001). Il est opportun de mentionner que le VIH a des répercussions sur la sexualité des jeunes, dont les principales sont, selon Funck-Brentano et coll. (2007); Mergui et Giami, (20110), une propension à retarder les premiers rapports sexuels et une tendance au multipartenariat afin d'éviter de dévoiler son statut à son partenaire.

Section 3. Impact sur la sexualité adolescente et sur son rapport à la parentalité : quelles normes sont les plus déterminantes?

Les adolescents vivent dans un foyer avec leurs parents ou leurs tuteurs. Ces derniers sont le plus souvent une mère, une tante, une cousine, une grand-mère, un père ou une amie de la famille. Au moins une personne est au courant du statut sérologique de l'adolescent après le décès d'un des parents biologiques ou des deux. Cette personne joue le rôle de substitut des parents. Le foyer familial est l'endroit de prédilection de transmission des normes et des valeurs parentales (Parazelli, 2000). Ces valeurs guident le comportement de tout individu (Schwartz, 2006).

a) Le secret et l'observance thérapeutique : deux normes régulatrices des comportements

Au cours des 12 premières années de leur vie, les jeunes ont appris à garder le secret d'une maladie dont ils ignorent la nature. Certains parents ont menti à leurs enfants afin qu'ils puissent avoir une réponse à donner aux autres. À partir de 12 ans, les adolescents cherchent à connaître la vérité et sont finalement mis au courant avant, pendant ou après l'âge de 15 ans. L'infection au VIH étant présentée au public comme une infection transmise strictement via des rapports sexuels, les adolescents ont du mal à comprendre le fait qu'une personne n'en n'ayant jamais eu puisse être séropositive. Les adolescents séropositifs asymptomatiques passent un certain temps dans le doute de leur statut sérologique. Pour ceux qui sont symptomatiques, ils acceptent plus facilement l'information relative à la nature de leur pathologie. D'ailleurs, l'une des tâches des soignants consiste à expliquer aux adolescents ce mode de transmission de l'infection. Étant informés de leur maladie, les adolescents comprennent assez rapidement les implications sociales d'une telle pathologie et respectent à la lettre la norme du secret véhiculée au sein de la famille. Ce secret est aussi vécu en fonction du sexe. Il est plus lourd à tenir pour les filles. Ces dernières disent se sentir coupables de ne pas pouvoir partager cette information avec leur partenaire. La peur des stigmates, la peur d'être identifiée et la peur de transmettre le virus à un partenaire renforcent le respect absolu de cette norme. Par exemple, le cas de Juna est particulier par rapport aux autres. Elle raconte

que son partenaire est au courant de son statut sérologique et a quand même continué leur relation. Elle affirme qu'il la conseille et l'encourage à prendre ses médicaments. Juna rapporte que son partenaire a été se faire tester pour le VIH et le résultat s'est révélé être négatif. Toutefois, le résultat négatif d'un premier test, après un rapport à risque, n'est pas toujours concluant.

Wi m pa gen pwoblem ak menaj mwen map viv byen, nou pral gen 3 zan, men l konnen m enfekte, l te vin fè tes la tou l pa genyen l li konn sa trèbyen. Lot eskperyans, bon m te fè lot eskperyans men frè m pa finn dakò, l te dim poko gen laj pou bagay sa yo li te kalem m te kite sa. M wè 16 zan, 16 zan m te genyen. Bon lè m tap premye premyen renemen avek moun nan frè m nan pat dakò [...] apre sa m te vin bay vag. Non se pa moun m te nan premye fè bagay la. [...] Premye eksperyans fè bagay la, li pat bon, li pat bon paske li te fem mal, sa te pase lakay li, tout moun te okouran, m te konn al lakay li. Matant mwen konn sa, li pa di anyen (Juna, 18 ans).

Je suis en lien amoureux depuis bientôt trois ans. Il est au courant de mon infection. Il a fait le test de dépistage au VIH. Le résultat est négatif. J'avais fait d'autres expériences amoureuses dans le temps. Cependant, mon frère m'en interdisait à cause de mon jeune âge à l'époque. J'avais 16 ans lors de mes premières relations. Mes premiers rapports sexuels étaient douloureux. Ma tante était au courant de ce premier rapport, mais elle ne m'avait rien dit.

Les garçons aussi respectent à la lettre la norme du secret. Cependant, ils vivent plus facilement avec ce secret que les filles. Certes, comme les filles, ils ont peur de transmettre le virus à une autre personne, mais optent pour l'utilisation du préservatif. Comme Holschneider et Alexander (2003) l'ont déjà observé dans leurs études sur les jeunes haïtiens, le pouvoir d'utiliser ou de ne pas utiliser le condom appartient aux garçons.

L'observance thérapeutique comme norme familiale est systématiquement respectée. La peur des symptômes de la maladie et la peur de mourir renforcent le respect de cette norme. Toutefois, une différence existe entre l'observance thérapeutique comme norme familiale et l'observance thérapeutique comme norme des soignants. Les parents ont fait de l'observance thérapeutique une norme du fait d'une part que les enfants ont été gardés pendant un certain temps dans l'ignorance de leur maladie, et d'autre part du fait que ces parents ont été sensibilisés par les soignants sur l'importance des médicaments et de leur observance stricte.

La protection de l'enfant comme valeurs familiales converge au respect de l'observance thérapeutique en tant que norme. Durant toute l'enfance jusqu'à l'âge de 12 ans, les parents assumaient entièrement cette responsabilité. À partir de 12 ans, les jeunes se positionnent en tant qu'acteurs actifs dans la relation thérapeutique. À ce moment, il revient aux soignants de redéfinir leur relation avec les adolescents afin de les responsabiliser davantage dans la dynamique thérapeutique. Ulrick, (20 ans; [VV]) témoigne en affirmant que jadis son père l'encourageait à prendre ses médicaments. Devenu grand raconte-il, il devient responsable de la prise de ses médicaments.

Manman m ki mouri a, m pa ka pale w de li paske m pat gen tan rekonèt li. Bèlmè m nan se yon enfimye li ye, pou m di. Mwen viv avèk yo ase byen tankou papa m, frè m nan avèk bèlmè m nan. Bèlmè m nan konn ban m ti pwoblèm nan afè maladi m fè a nan konsènan de maladi m [...] Vle m pa dwe fè sa, kounye a m di l ki maladi m fè li pa vle di m. Se depi lè sa a m ap mande doktè a ki maladi m fè Papa mwen, li pa gen pwoblèm avè m paske li toujou ap ankouraje m pou m bwè medikaman yo, ni bèlmè m nan tou wi li toujou ap ankouraje m ; se kounye a ou konnnen m fin gran, m fin gen laj, se wè yo wè m ap bwè konprime m [...] (Ulrick, 20 ans).

Je ne peux pas parler de ma mère puisque je ne la connaissais pas. Ma belle-mère est une infirmière. Je vis avec eux assez bien (mon père, mon frère et ma belle-mère). Parfois, j'ai des petits problèmes avec ma belle-mère en rapport avec ma maladie. Quand je lui demande de quoi je souffre, elle ne veut pas me dire. C'est pour cela que j'ai demandé au médecin qui m'en a informé. Mon père et ma belle-mère m'encouragent à prendre mes médicaments. Maintenant, je suis devenu grand, ils n'ont plus à me dire de prendre ma médication [...].

Après avoir été mis au courant de leur statut sérologique, les adolescents sont devenus des acteurs actifs dans la relation thérapeutique. Ainsi, les soignants ont dû chercher leur adhésion à la thérapie afin de pouvoir susciter leur observance aux ARV (les antirétroviraux). L'observance thérapeutique est présentée aux jeunes par les soignants comme une affaire de vie ou de mort. Ainsi, ils se trouvent donc dans l'obligation de prendre religieusement ces ARV afin de pouvoir vivre une vie relativement normale. Rose, (18 ans; [VV]) raconte que les soignants la conseillent pour sa survie de respecter la prescription médicale.

[...] yo toujou ban m bon konsèy, yo konn, yo di m fò m bwè medikaman an paske l ap bon pou sante mwen. Yo di m fò toujou pran medikaman an, paske se yon tretman map pran si m pa pran l m ka tonbe bip la m tou ale m tou mouri yo pap fè anyen pou mwen aprè sa ankò. Konsèy sou maladi an (Rose, 18 ans).

Ils me conseillent toujours de prendre mes médicaments parce qu'ils sont nécessaire pour ma santé. Ces traitements sont importants pour ma survie, si je ne les prends pas je me mets en danger et je peux mourir. Ils m'expliquent beaucoup de chose sur la maladie.

b) Les discours normatifs sans effets sur les pratiques à risque : stratégies éducatives et d'intervention contrées par la norme culturelle

1. L'idéal précaire des études non interrompues face aux aléas de la pauvreté et des grossesses accidentelles

La norme des études, bien qu'elle soit une préoccupation pour les adolescents, n'est pas totalement respectée pour des raisons indépendantes de leur volonté. Plusieurs d'entre eux sont aux études, planifient de conclure le cycle secondaire et de continuer aux cycles supérieurs, comme nous l'explique Rome, (19 ans, [VV]).

Se pa enfeksyon an non ki fè sa pa enterese m paske vi pa m gen de etap m vle travèse ladann. Se sak fè m t al nan reto premye fwa m pat pase, m vin ap panse a sa, bien quant rèv mwen ase grand, bien ke rèv ou konn genyen se pa li k reyalize certe men mwen panse osi vè lavni pou m wè si m ta ka reyalize kelke pwojè mwen gen nan vi m yo avan menm ke map bat pou m pa tonbe nan yon seri de bagay [...] (Rome, 19 ans).

L'infection au VIH n'est pas la cause de mon manque d'intérêt pour les relations amoureuses. C'est plutôt à cause de mes projets de vie. J'ai été en examen officiel pour le bac 1ère partie, j'avais échoué. Cela me donne à penser, car mes rêves sont grands et je dois les réaliser. En ce sens, j'évite certaines situations afin de ne pas me mettre dans le trouble.

D'autres sont en arrêt temporaire ou permanent d'études pour des raisons qui ne relèvent pas de leurs compétences. La principale raison est de nature financière car leurs parents sont dans des situations financières précaires et ne peuvent pas payer leur scolarité. La clinique pour adolescents contribue financièrement, dans certains cas, afin de financer la scolarité de

ces jeunes. D'autres ont abandonné leurs études à cause de problèmes familiaux. Des adolescents ont aussi arrêté temporairement les études pour des raisons de santé et planifient de poursuivre par la suite. Par exemple, Jude, (18 ans, [VV]) raconte qu'il a perdu deux années d'études après le décès de sa mère. Cependant, il se rappelle des conseils que lui prodiguait sa mère, lorsqu'elle lui disait qu'il est intelligent et qu'il devait continuer ses études, même en son absence.

Byen, depi lè li fin mouri a. M te atache ave l anpil, depi lè l fin mouri a m pas santi m se mwen men ki la tou de tanzantan m oblige ap kriye, m oblige pa ka kriye paske m gen yon lot avni devan m m oblige se pa tout tan map panse a manman, m oblige vag sou sa. Li te renmen m, m se yon timoun ki entèligen anpil li konn di [Jude] yo ban m yon ti non bibi toujou kenbe sou etid ou, men m si m pa la, men lè l fin mouri a m te pèdi 2 zan lekòl, se sak fè m pata l lekòl kounye a la map fè segond. Yo byen boule avè m, se yon dam pitit granmoun nan m pa tèlman alèz avè l (Jude, 18 ans).

J'étais attaché avec elle. Depuis après sa mort, je ne me sentais pas bien du tout. Je pense à elle souvent et cela m'attriste. Je suis obligé de me résigner parce que je dois penser à mon avenir. Car je ne peux pas penser tout le temps à ma mère. Elle me disait toujours que je suis intelligent et que je dois continuer avec mes études même si elle n'est pas là. Après sa mort, je n'ai pas fréquenté l'école pendant 2 ans, maintenant je suis en seconde. Je suis bien avec les gens de la maison sauf avec un enfant de la dame avec qui je ne suis pas à l'aise.

2. Les pressions infructueuses au mariage et la temporisation

Cette norme n'est ni respectée ni transgressée du fait de l'âge des répondants. Ils n'ont pas encore l'âge adulte. Cependant, ils font de cette norme un projet d'avenir. Ces jeunes ont des préoccupations par rapport à leur vie d'adulte. Ils ont des doutes par rapport à la possibilité d'être accepté comme épouses ou époux, étant infectés au VIH. Certains font le projet de se mettre en lien amoureux avec des gens de même statut sérologique qu'eux. Par contre, il faut mentionner que Jeanne, (19 ans [TS; VV; MA]); Andréa, (20 ans [MA; VV]); et Carine (18 ans [MA; VV]) sont mère-adolescentes monoparentales et n'entretiennent aucun lien avec le père de leur enfant.

3. Dureté et illusions des pressions vers l'isolement des pairs et le repli familial

Cette norme est transgressée, car tous les adolescents ont développé un lien d'amitié avec au moins un adolescent de leur entourage. Ils ont toutefois su mettre des limites à ce lien amical. La frontière est clairement tracée entre le cercle familial et amical. L'infection au VIH est de l'ordre de l'intimité familiale. Cette information est gardée secrète pour toutes personnes en dehors du cercle familial. Josette, (19 ans, [VV]) raconte qu'elle a certes des amis, mais ces derniers ne sont pas informés de sa maladie, et n'a pas l'intention de partager cette information avec eux.

M zanmi yo sa vle di m pa janm di yo anyen, nou toujou fè blag. Paske matant mwen toujou di m pou m kite sa pèsone avè m poutet sa. Sof ke lè m pale avèk yo m pa janm panse pou m ta pale de sa avè yo (Josette, 19 ans).

Mes amis, je ne les ai jamais rien dit, mais nous donnons toujours des blagues. Ma tante me répète souvent de ne rien dire à personne, de garder l'information personnelle. Je n'ai jamais mis dans ma tête de partager cette information avec des amis.

4. L'illusion tragique d'une protection par le préservatif : le simple effet d'une norme culturelle

L'utilisation constante de préservatifs constitue le socle sur lequel s'appuient les stratégies de prévention contre l'infection au VIH dans le contexte haïtien. Malgré les campagnes de sensibilisation menée dans ce domaine, divers obstacles se sont érigés contre son utilisation effective, notamment auprès des jeunes haïtiens. En ce sens, Holschneider et Alexander (2003) ont identifié des barrières d'ordres environnementaux, physiques, interpersonnels et sociaux dans l'utilisation de condoms parmi des jeunes haïtiens âgés entre 15 et 19 ans. Les normes de genre au sujet du préservatif et du comportement sexuel constituent une de ces barrières. Dans le cadre de cette thèse, les jeunes rencontrés montrent une prise de conscience élevée par rapport à l'importance de l'utilisation régulière de condoms lors des rapports sexuels. Aussi, certains parents conseillent aux jeunes d'utiliser le préservatif, bien qu'ils soient contre les rapports sexuels avant le mariage. Les soignants de

leur côté, essayent de faire de la prévention contre le VIH et font notamment l'utilisation de condom leur cheval de bataille. Dans les relations entre pairs, la protection sexuelle par l'utilisation de condom fait l'unanimité entre les jeunes. Tous les jeunes interviewés approuvent l'idée de l'utilisation régulière de condoms lors des rapports sexuels. Cependant, cette motivation aussi forte qu'elle puisse être, se heurte à un obstacle social de taille : la décision de porter un condom est essentiellement du ressort des garçons. Une fille qui propose à son partenaire d'utiliser un préservatif, est suspectée d'être infidèle ou menant une vie de débauche. Cette demande est aussi perçue par le partenaire comme un manque de confiance ou un manque d'amour (Idem, 2003). Par exemple, Carine raconte avoir décidé d'avoir un rapport sexuel avec son partenaire à l'âge de 17 ans, sans l'informer de son statut sérologique et ce dernier affirme-t-elle, n'avait pas utilisé de condom.

A 16 zan m komanse renmen wi, lè w renmen lè m ou nan fè ti lanmou ou pa konn lè ou fè seks gen de fwa l fache poutet m pa vle viv avè l m pa dako m poko vle, epi pandan m gen 17 tan m chwazi fè avè l, m fè sèks avè l m viv avè l. 15 zan, li te gen 15 zan. Non, m pat chwazi sa m pat konn laj li, e apre m fini renmen lè map mande l ki laj kounye a m vin konnen, kom nou te gentan renmen m tou rete. M renmen avè l a 16 zan, men depi nan peryod 16 zan nou koumanse karese epi a 17 tan an nou koumanse fè seks. Lakay mwen, nou konn fè seks. M pa pran yon two gran plezi ladan. Li te di, li te fè m mal. M te senyen. Gen kèk jou mwen pa fè l, pa kèk jou, kèk mwa. Nou fe chak mwa ou chak 15 jou. Men a chak fwa se lakay mwen l vini. Nou gen pafwa m konn al laky li tou wi. Wi depi lè m ansent lan m pa janm pale avè l. Nou pafè seks menm. Timoun nan byen, yo te di m vin la avè l, yo te fè tès pou li, yo di li pa enfekte (Carine, 18 ans [MA; VV]).

J'ai débuté mes premières relations amoureuses à l'âge de 16 ans. Dès qu'on se lie en amour, on commence à se faire caresser, le sexe va arriver sous peu. Mon partenaire se fachait du fait que je ne voulais pas entrer en rapport sexuel. À l'âge de 17 ans, j'ai choisi d'entrer en relation sexuelle. Il était plus jeune que moi, et âgé de 15 ans. Je suis au courant de son âge après avoir accepté d'être sa partenaire. Les rapports sexuels se font d'ordinaire chez moi. Je ne prends pas de plaisir dans ces rapports. Pour le premier, j'ai eu beaucoup de douleur. Il m'a rendu enceinte, et depuis nous n'avons pas eu de rapport.

De même, Girma raconte avoir eu ses premières relations sexuelles à l'âge de 16 ans. Lors des ces rapports affirme-t-elle, son partenaire n'avait pas utilisé de préservatifs. Bien que la relation ait duré 3 ans, elle n'a pas demandé au partenaire d'utiliser de condom et elle ne l'a pas informé de son statut sérologique.

An m te renmen ak yon ti gason. Patnè te arive pati, sel li kite konnen premye menaj mwen se li kite pèdi m, [...] se sak m pa janm fè bagay a kapot, san kapot m toujou fè l, kounye a m di m gen pwoteksyon wi menm lè sa sa pa di l anyen men li te renmen m te konn sak rele renmen an an aprè li te kite m, li vin pati m pa janm tandè nouvel, e li kite kom ede m tou li te nan travay. M te gen 16 zan. M pedi a menm 16 zan an, m pedi m pa bay san m pedi m pa gen lafyèv ah m pedi nomal [...] Lakay li, m te pedi lakay li. Li te gen 20 tan [...] M te fè 3 zan avè l. Premye eskperyans mwen nan chak neg m pase yo pa fè anpil tan avè m m pa konn sak pase (Girma, 20 ans [TS; VV]).

J'ai eu mes premières expériences sexuelles avec mon premier partenaire à l'âge de 16 ans. Ces premiers rapports ont eu lieu chez lui sans aucune difficulté. Je n'avais rien senti, je ne saignais même pas. Il n'avait pas mis de préservatif lors des rapports. Nous avons passé trois ans ensemble. Il a voyagé et je n'ai jamais eu de ses nouvelles. Je ne comprends pas pour quelle raison, les hommes avec qui je suis en relation ne passent pas beaucoup de temps dans une relation avec moi.

En outre, il est socialement admis qu'un garçon puisse avoir plusieurs partenaires. C'est d'ailleurs un signe de virilité (Idem, 2003). Alors que les garçons font preuve de virilité en déflorant des filles, on exige à ces dernières de rester vierges jusqu'au mariage. La chasteté est une vertu précieuse pour une jeune fille tandis que le garçon est considéré comme « le coq du village ». Dans un de ses extraits, Roger raconte ses prouesses auprès des filles. Il affirme avec fierté comment il a défloré une partenaire sans usage de condom et dans le plus grand secret de son statut sérologique.

Depi avan, bon sa m te fè avan an premye menaj mwen m te fè l an apre lè m vin wè bagay sa yo m wè sa pa anyen, an aprè plis. Premye fwa m te ka gen 15 zan, kounye a nou kite a 16 zan manzè gen menn laj avè m tou, [...] e nou te fè de seri de bagay, nou te fè seks ansanm m ap toujou respekte ou paske se tout devwa pa m. Se li men ki te premye fwa m te fè avèk. Se mwen ki te pèdi l. Sa te fèt lakay [...] m wè n ap fè ti bagay nou ansanm m wè san pete m etone men limen lap vin di m se kounye a li pèdi l etone (Roger, 19 ans [VS]).

J'ai passé près d'une année avec ma première partenaire. Nous avons eu le même âge (15 ans) lors des premiers rapports sexuels. J'ai pris sa virginité chez moi. Nous étions tous deux étonnés quand elle commençait à saigner. Je lui dois du respect puisque je suis celui avec qui elle a eu sa première relation sexuelle.

Certains adolescents affirment avoir utilisé un condom lors de rapports sexuels. Toutefois, on peut supposer que certains adolescents associent l'interviewer au monde des soignants et répondent selon la norme en vigueur à la clinique. Il est possible qu'il mente afin de ne pas perdre la face. Il est possible aussi qu'il mente pour que l'information ne soit pas ébruitée à la clinique pour adolescents, malgré la promesse de confidentialité lors de l'entrevue. Par contre, certains d'entre eux déclarent n'avoir pas utilisée de préservatifs pour se protéger.

Dans un autre ordre d'idée, certains hommes en raison de leur ignorance sur les modes de transmission de l'infection ne peuvent pas concevoir qu'une fille vierge soit infectée par le VIH. Ils ont peu d'information sur le mode de transmission verticale. En ce sens, ils pensent ne pas avoir besoin de se protéger. Une autre possibilité de cause de transgression est la colère envers l'autre sexe. Par exemple, Julio, 19 ans [VS]) adolescent infecté au VIH par voie sexuelle, rapporte avoir commencé dès l'âge de 14 ans ses relations amoureuses. Il a appris sa séropositivité à l'âge de 18 ans et ses relations avec les filles ne durent pas longtemps. Refusant tout engagement, Julio semble ne pas se protéger lors de ses rapports.

Dezyèm nan lè m vinn kòmanse ap gen lespri tankou gen menaj m pa plis zanmi m yo te konn toujou ap di fi pa bon, fi pa bon bagay sa yo pa konn nan renmen bagay sa yo, m pa ka di l, bon vinn nan dezyèm nan pa ka di bon bon m pat konn genyen yo kòm menaj vre. Bon m pa jann fè plis ke 1 nan, tankou premye a m fè anviwon 5 mwa konsa, dezyèm nan 8 a 9 mwa. Non yo pli gran ke mwen (Julio, 19 ans [VS]).

Les filles avec qui je suis en amour sont pour la plupart des amies. Je ne les considère pas vraiment comme partenaire amoureuse. D'ailleurs, je ne passe pas longtemps dans une relation amoureuse. La durée de mes relations ne dépasse pas 1 an. Pour ma première expérience a duré 5 mois alors qu'avec la deuxième j'ai passé entre 8 et 9 mois.

Une autre raison de la transgression de cette norme est la quête de plaisir chez les pairs. Un slogan en lien avec une perception négative du préservatif et très populaire dans la société stipule « se vyann nan vyann ki dous » (le plaisir est dans le contact de chair à chair). Selon cette conception, le préservatif est perçu comme un coupe-plaisir (Holschneider et Alexander, 2003). À cette quête de plaisir des garçons, s'ajoute la crainte par certaines filles d'une démangeaison vaginale causée par le condom. Ce qui renforce la non-utilisation de préservatif auprès des jeunes. Carine raconte que certaines de ses amies témoignent d'une sensation de démangeaison après l'utilisation de condom lors d'un rapport sexuel.

Lè m rive, gen de lè yap fè yo paka fe ak kapot bagay sezi, mwen map konseye yo pou yo pa enfekte map pale avèk yo, genyen di yo paka mete l bouboune yo li ap grate yo li paka fe ak kapot (Carine, 18 ans [VV; MA]).

Certaines de mes amies me racontent comment elles sont incapables d'utiliser des préservatifs. Après son utilisation, elles ont une sensation de démangeaison qui les pousse à gratter le vagin. En dépit, de cela, je leur conseille d'éviter de se faire infecter.

c) Impact sur la parentalité

La fonction de parent revêt une grande importance dans la culture haïtienne. Les femmes représentent dans la société le « poto mitan » (le poteau principal) de la famille. Elles assurent en grande partie l'éducation des enfants en l'absence des pères, qui jouent essentiellement le rôle de géniteur et pourvoyeur. Les adolescents interviewés dans le cadre de cette thèse se sont montrés peu loquace au sujet de la parentalité et se disent inquiets de leur avenir en tant qu'adulte. D'une manière générale, les jeunes aspirent à fonder une famille et à enfanter. Ils racontent leurs inquiétudes par rapport à leur avenir après avoir été informés de leur statut sérologique.

Les extraits d'entrevue des répondants révèlent que les garçons sont moins enclins à partager leur perception sur ce sujet que les filles. Ces dernières se montrent davantage préoccupées par leur capacité potentielle de reproduction. La perception des adolescents interviewés par rapport à la parentalité semble être aussi influencée par certaines normes et

valeurs véhiculées dans le réseau relationnel présenté à la deuxième partie de la thèse. Elle est influencée avant tout par le fait d'être séropositif. En outre, elle est influencée par les normes et valeurs qui consistent à garder un secret difficile à partager avec un partenaire, d'attendre d'être prêt pour les relations amoureuses, de se concentrer sur les études, d'utiliser de façon régulière un condom et de se méfier des hommes.

Les adolescents interviewés se sont mis davantage à questionner, plutôt que de partager leur point de vue sur la parentalité lors de l'entrevue. Certains sont déchirés entre le désir d'enfanter et l'incertitude dans leur capacité de reproduction. Les garçons affirment avoir des doutes qu'une fille les accepterait comme conjoint, en étant informé de leur statut sérologique. Les filles se demandent comment devenir mères sans transmettre le virus à leur partenaire. Face à ces interrogations pour lesquelles ils n'ont pas de réponses, ils affirment leur position quant à la parentalité en fonction de leur vécu avec le VIH.

Par exemple, Rose-Anne se demande comment devenir mère si elle doit constamment utiliser un condom lors de tout rapport sexuel car elle souhaite sincèrement être mère un jour. Cependant, elle ne comprend pas comment faire pour atteindre ce but. Elle raconte être au courant de l'accouchement par césarienne, mais elle doit utiliser un préservatif lors de tout rapport sexuel se souvient-elle. Il lui sera donc difficile de devenir mère conclue-t-elle..

[...] malgre m poko wè kòman sa ap pase m ta renmen manman tou men si m konnen si m ansent se pran yap pran timoun nan men se mwayen pou m vin ansent lan m konn ap panse a sa. Pou w vin ansent kòmsi fò ou nan yon rapò san prezèvatif ki pou fè w vin bagay se tout sa tou m konnen ap panse a tou sa men kòman m ap fè. Bon si sa ta rive pi lwen antre nou sa ta ka jis ret konsa paske lap onti jan difisil pou mwen men tou lap difisil. [...] (Rose-Anne, 19 ans, [VV]).

Bien que j'ai des doutes sur le fait de pouvoir enfanté, j'aurais bien aimé devenir mère. Je sais que si je deviens enceinte, lors de l'accouchement, je serai césarisée. Cependant, je me demande comment je vais faire pour être enceinte puisque je dois mettre un préservatif lors de tout rapport. Je pense que cela sera un peu difficile.

Bertha manifeste aussi le désir de devenir mère un jour. Cependant, la capacité à répondre aux besoins de l'enfant constitue une condition essentielle. Selon elle, elle doit avant tout terminer ses études et avoir une profession. La satisfaction des besoins de l'enfant est le centre de ses préoccupations.

M ta anvi fè pitit men e poko kounye a, fòk mwen fin lekòl mwen avan pou m gen yon metye nan menm pou m ka ede tèt mwen, gen anpil jèn ki gentan al fè pitit e komsa se erè yo fè paske yo pa ka itil timoun nan menn tèt yo yo paka itil mwen pata renmen nan menn eta avè yo (Bertha, 20 ans, [VV]).

Je veux certes avoir un enfant dans le futur. Cependant, il me faut terminer avec mes études, avoir une profession afin de répondre d'abord à mes besoins. Il y a beaucoup de jeunes qui sont déjà parents. Ils sont dans l'erreur parce qu'ils ne peuvent pas répondre aux besoins de l'enfant. Je ne veux pas être dans cette situation.

Pour Fernelle, elle n'est pas encore prête à assumer le rôle de mère. Elle affirme devoir occuper un emploi afin de pouvoir offrir à son enfant tout ce que son père n'a pu lui donner. En outre, elle devra aussi être en mesure de fournir à son enfant une bonne éducation.

Mwen menn m wè m poko pare pou m manman. Pou m wè m map travay, pou m wè tout sa papa m pat ka ban mwen pou m wè pou m bay pitit mwen li, pou m wè pitit mwen ka jwenn bon endikasyon jan paran m te fè pou mwen. M poko pare pou manman. M ap yon bon manman. Yon bon manman, se lè ou ap konseye pitit li, lè ou kenbe timoun nan di a sa ou pa vle l fè a se li lap itil (Fernelle, 19 ans, [VV]).

Je ne suis pas encore prête pour être mère. Je dois travailler afin que je puisse donner à l'enfant tout ce que mon père ne pouvait pas me donner. Je dois m'assurer qu'il ait une bonne éducation comme mes parents avaient fait pour moi. Je ne suis pas encore prête, mais je serai une bonne mère. C'est-à-dire une mère qui prodigue des conseils à son enfant.

Girma fait référence à ses conditions de vie précaire pour décrire sa vision du rôle d'une mère. Son enfant affirme-t-elle, ne devra pas connaître les mêmes difficultés financières que celles qu'elle a vécues. Il lui faut dit-elle, assez d'argent afin de pouvoir subvenir aux besoins de son enfant, faute de quoi elle ne deviendra pas mère.

M t ap renmen vin manman men pa kounye a. Fò m gen nan men m pou pitit mwen pa pase mizè. Jan m ap pase la a, pou m al ansent la a. Ki sa m pral mande nan lari a pou timoun nan. Non, m vle tèt mwen anjwa pou pitit mwen anjwa. Pou l pa pase mizè sa yo m ap pase a. fòk pitit mwen ere (Girma, 20 ans ; [TS; VV]).

Je n'aurais pas aimé devenir mère, du moins pas tout de suite. Il me faudrait avoir de l'argent pour que mon enfant soit heureux. La façon dont je vivote maintenant, pour devenir enceinte. Alors, j'allais quémander à travers les rues pour prendre soin de l'enfant, pas question. Je veux être en joie aussi que mon enfant. Il ne doit pas connaître les malheurs que j'ai connus.

De son côté, Rome affirme de manière catégorique son refus d'enfanter. Son choix se base sur le fait qu'il refuse de mettre au monde un enfant infecté et malade. Il dit avoir vécu avec la maladie et ne veut pas que son enfant connaisse le même sort que lui. Pour cela, il opte pour l'adoption d'un enfant.

Bon bien entendu, m ekri biografi m tou konn pitit m pata renmen gen yon timoun pou l gen jèm viris lan nan san l, m ta renmen gen òfelina kote m gen anpil timoun map bay èd se sak rèv pa m oubyen tou m toujou gen rèv adopte yon timoun pou pitit mwen men m pa ta renmen gen timoun pou pitit mwen. Paske m pata renmen pou l ap vive pi demen si Dyeve pou l ap viv jan m vin ap viv lan e konsa tou se sak fè tou m pa telman foki nan afè fi paske m pata renmen jan mwen te leve an pou pitit lan li menm ta vin gen yon vi pi amelyore ke sa. Ebyen m pa wè tèt mwen ladann ditou pa [...] (Rome, 19 ans, [VV]).

J'ai fait ma biographie, je ne veux pas avoir d'enfants, surtout un enfant infecté par le virus. Je planifie de créer un orphelinat en vue de venir en aide à des enfants. Du moins, mon rêve, ce sera d'adopter un enfant. Je ne veux pas avoir un enfant malade pour vivre comme moi j'avais vécu. Mon enfant devrait avoir une vie différente que la mienne. Je ne me vois pas dans cette situation.

En conclusion, après avoir observé l'influence des normes et valeurs du réseau relationnel de l'adolescent sur son comportement sexuel et sur son rapport à une parentalité éventuelle, qu'elle soit précoce ou future, notre analyse nous mène vers des horizons inattendus et assez paradoxaux:

Le fait le plus marquant est que généralement, les adolescents, bien qu'acquiesçant en surface et en apparence les directives des autorités parentales ou de santé, ne manifestent pas, dans les faits, une véritable adhésion aux normes et valeurs de ces dernières. Ainsi,

contrairement aux pressions à l'abstinence, à la temporisation et à l'utilisation régulière de préservatifs, les jeunes rencontrés ont des rapports sexuels, et qui plus est, sans toujours se protéger adéquatement. Cette étude révèle clairement à quel point l'usage du condom n'est pas conforme à celui attendu par les parents ou par les soignants, étant conditionnel à plusieurs éléments d'ordre culturel (sa dimension sexuée "c'est l'homme qui en décide", sa dimension révélatrice de secret "on en porte pour ne pas infecter, or être infecté est un secret à garder, etc.). De plus, considérant la dimension du secret attaché au statut sérologique, les jeunes ne partagent pas volontiers cette information avec leurs pairs. Tant et si bien que les normes et valeurs que véhiculent ces derniers, non infectés (la "virginité comme trophée", "le plaisir de la chair contre la chair", etc.) provoquent une adhésion paradoxale chez ceux qui ne sont pas infectés. En d'autres termes, les jeunes infectés obéissent aux mêmes règles et usages que ceux qui ne le sont pas, ne serait-ce que pour protéger leur secret...

Chapitre 7

Intervenir en contexte haïtien : difficultés intenses, sentiment d'impuissance et propositions d'action

Après plus de quatre ans de recherche consacrée au thème de la présente thèse, mais aussi après vingt années de pratique professionnelle et d'interventions auprès de clientèles haïtiennes touchées par le VIH sida, vient ici le temps d'oser proposer de pistes destinées à l'intervention auprès de tels jeunes. Une thèse en sciences humaines appliquées, par définition, s'intéresse à ses répercussions et à ses utilités pratiques potentielles. Dans une perspective d'aide et d'action, que proposer? Vers quelles mobilisations de savoir, les résultats de recherche, ici combinés au bagage individuel de l'intervenant¹, conduit la présente thèse?

Section 1. Difficultés, fatalisme

Les adolescentes et adolescents interviewés pour cette thèse habitent pour la plupart dans des régions marginalisées ou défavorisées de la capitale haïtienne². Ils vivent le plus souvent dans une famille monoparentale ou avec un substitut parental, dans des conditions socio-économiques précaires. Ils sont peu scolarisés ou ne vont plus à l'école parce qu'ils n'en n'ont pas les moyens financiers. En dehors de la famille, ces jeunes ne reçoivent aucune aide du gouvernement. À ces manques, on peut rajouter l'instabilité politique, l'insécurité, la défaillance du système de santé et la détérioration accélérée de l'économie nationale après le séisme du 12 janvier 2010. L'infection au VIH devient une difficulté supplémentaire sur la longue liste de problèmes auxquels font face ces adolescents.

¹ L'auteur, Ascencio Junior Maxi, est né à Haïti et y a pratiqué, de 1994 à 2005 comme intervenant et chef de l'unité conselling du Centre Gheskio. Il a aussi agi comme consultant pour l'Université internationale de Floride dans le cadre de recherches liées à l'infection VIH à Haïti.

² Le contexte difficile et particulier d'Haïti actuellement est peu propice à la constitution de données de recension, démographiques ou géographiques. Même le centre Gheskio, principal centre de recherche du pays, est dépourvu de données au sujet des populations. Nous savons par contre que les trente jeunes interviewés, 25 vivent dans des endroits qu'on pourrait facilement qualifier de "bidonvilles".

Depuis le début de la pandémie du VIH, avant même la découverte de la thérapie antirétrovirale, les stratégies de prévention menées en Haïti ont été axées sur l'abstinence sexuelle, la fidélité conjugale ou le port du condom (PNLS, 2008-2012). L'utilisation constante et régulière du condom devient la seule stratégie de lutte contre la propagation du VIH au sein de la population. Ces stratégies préventives ne tiennent pas compte de l'âge, de sexe ou de la période de développement. Elles s'adressent donc indifféremment aux garçons comme aux filles, aux adultes comme aux adolescents.

Les résultats de la thèse montrent que la stratégie du condom est illusoire en raison du contexte culturel haïtien. Le port du condom est mal perçu, tant par les garçons que par les filles. Les garçons cherchent du plaisir à vif, de chair à chair. En plus, ils ont le pouvoir de décision en matière d'utilisation ou de non-utilisation du préservatif. Les filles répugnent le condom par crainte de démangeaisons vaginales. Elles sont passives en ce qui a trait à l'utilisation du préservatif. D'ailleurs, elles n'oseraient même pas demander à leur partenaire d'en porter un, par crainte d'être considérée comme étant infidèle ou par crainte d'une réaction négative de leur partenaire.

Les résultats de la thèse montrent que les stratégies éducationnelles sont aussi utopiques en raison de l'adolescence comme période du développement humain. Cette période se caractérise entre autres par l'exploration et l'engagement dans divers domaines de la vie, notamment celui de la sexualité. Empêcher un adolescent d'explorer, de ne pas être amoureux, d'éviter la sexualité, c'est l'interdire de vivre son adolescence, de n'être tout simplement pas adolescent, de cesser de vivre et de respirer.

Fort des résultats de cette thèse, nous avons observé l'échec des stratégies éducatives des parents et des soignants. En ce sens, il est donc impératif de regarder autrement le phénomène. Les parents demandent aux jeunes de s'abstenir des relations amoureuses et sexuelles et de ne pas se faire d'amis. Les soignants avec un discours biomédical classique insistent sur le port de condom, sans tenir compte des particularités culturelles haïtiennes. À ce fait s'ajoute le secret du statut infectieux qui ne peut être partagé avec personne d'autre que les membres de la famille. En dépit des interdits venant du monde adulte, l'adolescence demeure une période au cours de laquelle les jeunes s'engagent dans des « relations plus ou moins durables avec un

partenaire » amoureux pour la première fois (Le Gall, 2007). L'amour reste une préoccupation importante caractéristique de cette période (Lachai, 2002). L'essence même de l'adolescence serait « la lettre d'amour, le poème d'amour, le journal d'amour, aujourd'hui le téléphone d'amour » (Winter, 2001). En effet, la construction de son identité personnelle et la capacité à s'engager dans une relation intime sont autant de tâches que l'adolescent doit accomplir pour accéder à l'âge adulte. L'exploration sexuelle est donc une action inhérente à l'adolescence (Erikson, 1968). Prétendre empêcher les adolescents de se faire des amis, de se lier en amour et de s'engager dans des activités sexuelles constituent une stratégie chimérique vouée à l'échec, comme les résultats de la thèse tentent de le montrer.

Si l'adolescence peut être considérée comme une période complexe, il est encore plus complexe et difficile d'intervenir auprès de cette population dans le contexte haïtien où tout est en défaillance. L'instabilité politique que connaît le pays depuis plus de trente ans, la gangrène de toutes les structures sociales, la criminalité, la pauvreté, les catastrophes naturelles, le nonaccès à l'éducation et à la santé, les récurrentes épidémies, certains traits culturels négatifs à l'éducation et à la santé, et des croyances religieuses erronées sont autant d'embûches dressées contre une intervention efficace auprès des jeunes³. Il est certes difficile d'intervenir en contexte haïtien. Cependant, il faut arrêter de se faire des illusions, cesser cette politique de l'autruche, lever la tête et ainsi regarder les faits comme ils se présentent : les adolescents n'utilisent pas le condom. L'interdiction d'amour et de sexualité aux jeunes est utopique et chimérique.

Être intervenant à Haïti, y être né, y pratiquer une vingtaine d'années auprès de personnes vivant avec le VIH conduit à des moments de désespoir, de découragement et d'impuissance par rapport aux modes d'intervention. Le désarroi des personnes infectées ou affectées par le VIH ne laisse pas indifférent. Être sur le terrain au moment où le VIH/SIDA était synonyme de la mort et vivre le moment où les antirétroviraux n'étaient pas encore

³ Pauyo, N-L. 2012. Haïti les grands chantiers. L'Harmattan. 325 p.

Fouron, J-C. 2010. Santé publique et population. Dans : Construction d'une Haïti nouvelle. Vision et contribution du GRAHN (groupe de réflexion et d'action pour une Haïti nouvelle. Samuel Pierre, éditeur scientifique. Presses internationales Polytechniques. 617 p.

ONUSIDA et OMS. 2008. Caraïbes. Le point sur l'épidémie de SIDA. Résumés par Région.

disponibles n'est pas un souvenir facile. L'intervention a signifié observer et accompagner les enfants nés de mère séropositive. Cela a entraîné le fait d'être témoin des premières générations d'adolescents infectés au VIH depuis la naissance, mais toujours vivants grâce à l'accessibilité aux antirétroviraux. D'ailleurs, c'est la sexualité toujours active des femmes séropositives, qui a d'abord soulevé des interrogations d'ordre professionnel et clinique. "Quoi, des femmes séropositives prennent le risque de contaminer leurs partenaires?" Le tout devait mener à des études en sexologie et, par la suite, aux présentes études de troisième cycle en sciences humaines appliquées. La réalisation de cette thèse constitue, à la base une manière de lutter contre l'impuissance ressentie par les intervenants du milieu et surtout un refus de baisser les bras. Comme Antonio Gramsci l'a écrit dans ses Notes de prison, je crois que le fatalisme ne sert [jamais] qu'à voiler la faiblesse d'une volonté active et réelle (Gramsci, 1932-1933).

Section 2. Devoirs de lucidité scientifique et de créativité: recommandations

Les résultats de la thèse sont loin d'identifier des façons claires et immédiates d'améliorer les politiques éducationnelles et les stratégies d'intervention à grande échelle destinées à enrayer la propagation du virus. Cependant, ils sont d'une utilité certaine. D'un côté, on en sait trop peu et on croit savoir indûment. Non, le condom n'est pas une solution efficace, surtout pas auprès d'adolescents en contexte haïtien, soit au contact d'une culture qui, à plusieurs égards, fait obstacle à son usage régulier. D'un autre côté, on sait maintenant clairement que cette solution présumée ne convient pas et qu'il faut chercher ailleurs, et en urgence. L'exercice de réflexion, étalé sur des années et en parallèle à cette recherche, conduit donc humblement à ces quelques pistes.

D'une part, l'intervention actuelle repose souvent sur de fausses prémisses ou de fausses croyances, le port du condom en constitue un bel exemple. D'autre part, il faut observer que les solutions et outils disponibles se font rares. Il est donc nécessaire de faire un effort de créativité, voire d'ingéniosité, pour trouver des solutions au problème criant de ces jeunes. Observons qu'ils souffrent de conditions matérielles pénibles, que beaucoup d'entre eux sont

orphelins, qu'ils sont tenus de vivre un secret lourd à porter et qu'au final, on leur demande de se priver d'un des rares plaisirs accessibles et naturels d'ordinaire offerts aux humains: celui de la sexualité. En pareil contexte, que faire? Le premier devoir de l'intervenant réside probablement dans celui de la lucidité scientifique.

Les résultats de la thèse montrent que les jeunes cherchent du plaisir à travers la sexualité. Comment le leur reprocher? En pareil contexte de difficultés multiples, intenses et se superposant les unes aux autres, comment reprocher à une jeune personne de vouloir nouer des relations ou éprouver un plaisir, gratuit quand on est pauvre, un plaisir nouveau et caractéristique de cette nouvelle phase de vie qui précède l'âge adulte? Un adage populaire haïtien, selon lequel "le pauvre recherche naturellement ce plaisir gratuit"⁴; il vaut aussi pour les jeunes personnes, quand on y pense... Donc, il est nécessaire d'insister sur ce constat clair de la présente recherche: quelles que soient les pressions à l'abstinence à leur endroit, les jeunes ne s'abstiennent pas et ont des pratiques sexuelles. L'intervention adéquate doit donc reposer sur cette conscience et sur cette lucidité.

Pistes d'intervention :

a) Première proposition : Établir un plan d'intervention individualisé en accord avec l'adolescent.

La traversée de cette thèse révèle une situation flagrante: tous les jeunes ne sont pas dans la même situation et présentent des besoins radicalement différents. Par exemple, certains n'ont pas de toit sous lequel dormir, faute de foyers et de soins parentaux adéquats, alors que d'autres ne sont pas démunis à ce point. Ou encore certaines adolescentes se prostituent et dirigent de peine et de misère des familles monoparentales pendant que d'autres vivent dans un climat serein à la maison. Certains enfants vont à l'école alors que d'autres en sont privés, etc. Dans les circonstances, un plan d'intervention individualisé s'impose.

⁴ Fè bagay se sèl plezi malere (la relation sexuelle est le seul plaisir des pauvres).

Un plan d'intervention individualisé permet de bien connaître les forces et faiblesses des jeunes, de déterminer leurs besoins différenciés et d'élaborer une stratégie personnalisée en fonction de l'individu considéré. Ce plan devrait être revu tous les six mois avec les personnes concernées. Comme certaines jeunes filles se prostituent, l'intervention doit en tenir compte et donc obtenir ces informations au préalable, idéalement à travers une relation de confiance. Il convient aussi de déloger la croyance, clairement fausse, selon laquelle les jeunes utilisent régulièrement le condom. L'un des buts de ce plan est de réévaluer les pratiques et le comportement des adolescents en vue d'une intervention adéquate, c'est-à-dire non plus assise sur des présuppositions erronées.

b) Deuxième proposition : Des sessions d'éducation sexuelle déculpabilisant la masturbation

La communication parent/enfant n'aborde pas facilement la question de la sexualité. Cette question est un sujet tabou en Haïti, mais ne l'oublions pas, ça l'est aussi dans le reste du monde (Richter et Mlambo, 2005 ; Soarès, 2010). C'est donc dire que l'éducation sexuelle, ici comme ailleurs, est laissée à l'influence des pairs et, dans ce cas-ci, de pairs ignorants tout de la condition sérologique de leurs amis. Ici, le bât blesse donc doublement. L'intervention doit remédier à cette situation.

L'éducation sexuelle pourrait notamment enseigner aux jeunes une nouvelle façon de voir la masturbation en tant qu'ersatz, inoffensif du point de vue des risques de contamination et au plaisir sexuel à deux. Cette éducation d'un genre nouveau permettrait par exemple aux jeunes d'apprendre à découvrir leurs propres zones érogènes et d'apprendre à se donner du plaisir, sans culpabilité morale. N'oublions pas que dans le contexte haïtien, la masturbation est fort probablement, et comme dans beaucoup de pays, considérée comme étant un péché ou un vice (Fortier, 2010). Remettre en question cette manière de penser, en rappelant par exemple sa contingence historique ou en faisant découvrir des cultures où elle n'est pas mal

vue⁵offrirait un certain intérêt pour le bien-être sexuel des jeunes. D'ailleurs, observons que deux termes équivalents sont utilisés à Haïti, en créole, pour parler de la masturbation, et que ces deux expressions n'expriment pas de jugements négatifs envers cette activité : « Bat laponyèt » et « Dieu seul me voit ». On peut évidemment s'attendre à une résistance culturelle, y compris au sein de l'équipe soignante par rapport à une telle stratégie. Pourtant, elle représente une avenue intéressante et nouvelle, une sorte de palliatif compatissant pour ces jeunes déjà privés de tout. Un travail de réflexion collectif préalable et critique au sein du milieu d'intervention devrait donc sensibiliser les intervenants, avant l'implantation potentielle de cette pratique.

c) Troisième proposition : Promouvoir un réseau de mise en relation et d'entraide.

À travers toutes les étapes de cette recherche transparaît une dure réalité pour les jeunes rencontrés: celle du secret, de sa lourdeur et de son omniprésence. Le secret protège des énormes conséquences sociales liées à la divulgation du statut sérologique: l'exclusion sociale (familiale, scolaire, de l'église ou d'une communauté, du voisinage, etc.), l'abandon par son partenaire, le port de stigmates sociaux divers, etc. Or, vivre sans pouvoir se confier est lourd, particulièrement à l'adolescence, où le besoin de socialisation est fort et caractéristique de cette période. Des solutions à cet isolement et à la souffrance juvénile doivent être trouvées.

Un réseau informel de mise en relation et d'entraide est déjà en partie constitué à travers les visites médicales à la clinique pour adolescent et à travers d'autres activités organisées par l'équipe soignante. Observons que dans le contexte de cette clinique, certains adolescents séropositifs se sont déjà liés en amour, ce qui leur permet de partager leur secret tout en évitant les stigmates sociaux. Il est aussi utile de remarquer, au passage, que certains jeunes infectés viennent à la clinique avec l'objectif précis de rencontrer un partenaire vivant la même

⁵ On peut par exemple penser aux cultures de type bouddhistes, où l'éthique sexuelle ne porte pas de jugement. Voir par exemple: Alexander Berzin, "Les questions d'éthique sexuelle dans le bouddhisme", http://studybuddhism.com/web/fr/archives/approaching_buddhism/world_today/issues_buddhist_sexual_ethics.html.

situation qu'eux. Face à ces constats, force est de remarquer que le réseautage et la mise en relation de jeunes personnes sérologiques offre plusieurs avantages potentiels: rompre l'isolement, sortir de la culture du secret et de ses lourdeurs, créer un système d'entraide et permettre des relations amoureuses tout en diminuant le risque de propagation du virus aux personnes non infectées⁶. Il faudrait donc créer un espace pour soutenir, développer et formaliser ce réseau en protégeant le secret et l'anonymat des personnes, un peu comme un réseau de résistance.

d) Quatrième proposition : Mener des campagnes d'éducation publique pour dissiper les croyances problématiques: virginité séropositive et échecs de la prévention par le condom

À la lumière des résultats, des coutumes et croyances ancrées en Haïti font concrètement obstacles aux stratégies de prévention de la propagation du VIH par le condom. Si ces stratégies s'avèrent adéquates dans de nombreux pays, ce n'est absolument pas le cas en Haïti. D'une part, une coutume accorde au partenaire masculin la prérogative de décider ou non de le porter. Une jeune fille infectée se trouve donc dans une position doublement délicate. Si elle désire protéger son partenaire, offrir de porter le condom heurte l'usage social: le jeune homme se sentira heurté et répondra, par exemple "Tu ne m'aimes pas? Tu ne me fais pas confiance?". Simultanément, dans un même objectif de protection de l'autre, si elle choisit de divulguer son état sérologique afin de motiver au port du condom, elle risque l'abandon et le rejet par son partenaire. Dans les deux cas, la situation est difficile et encourage autant la culture du secret, que la propagation du virus. La prévention par le condom rencontre donc un premier obstacle redoutable.

En parallèle, la virginité demeure un trophée masculin fort prisé. Ce trophée est d'autant plus valorisé du fait qu'une croyance, liée à l'ignorance des modes de transmission du virus: une vierge est réputée non contaminée. Si elle n'a jamais connu d'homme, comment pourrait-

⁶ Il est à noter bien sûr, que les relations sexuelles entre deux personnes infectées ne sont toutefois pas nécessairement sans danger pour les partenaires : l'un des deux pourrait y trouver l'occasion d'une surinfection, rendant le port du condom toujours nécessaire.

elle avoir contractée une infection transmissible sexuellement? Bref, la contamination par voie verticale demeure largement ignorée chez les Haïtiens. La prévention par le condom rencontre donc un deuxième obstacle redoutable.

Compte tenu des résultats de la thèse relatifs aux pratiques culturelles attribuant aux garçons le pouvoir de décider seul de porter un condom, des campagnes de sensibilisation publique devraient être menées afin d'aboutir à une responsabilité partagée dans l'utilisation du condom. Dans le même ordre d'idée, des campagnes d'information sur la contamination verticale, et donc sur l'erreur commise entre l'association de la virginité à la non contamination devraient être menées. Il est enfin souhaitable que les résultats de cette enquête soient publiés afin de sensibiliser le public, les décideurs politiques et les intervenants du milieu sur l'inefficacité des stratégies d'abstinence et du port du condom dans le contexte culturel actuel.

e) Cinquième proposition : Organiser des séances de réflexion et de débat autour des difficultés et du sort de l'adolescent séropositif

En Haïti, on estime à près de 20 000 le nombre d'enfants de moins de quinze ans infectés au VIH par transmission mère-enfant (MSPP, 2000 ; Hempstone et coll., 2004). Environ 109 000 enfants sont orphelins de père ou de mère. De plus, 54,475 filles contre 49,194 garçons de moins de 18 ans sont diagnostiqués séropositifs (MSPP, 2011). Les résultats de la thèse ajoutés à ces chiffres révèlent l'importance de réfléchir aux difficultés énormes et inconnues du sort de l'adolescent séropositif et aux façons de l'aider. Les principales difficultés repérées par cette thèse sont liées aux pressions du secret, à la peur d'être marginalisé, aux besoins naturels difficiles ou impossibles à remplir: le besoin physique, typiquement adolescent, de vivre positivement un début de pulsion sexuelle mais contrecarré par le statut séropositif⁷, le besoin psychoaffectif de partager ses douleurs et ses difficultés, mais contrarié par le secret, la difficulté, voire par l'impossibilité de vivre des relations

⁷ *Infra*, travaux de Masmoudi-Soussi et coll. (2006) sur le besoin naturel d'un adolescent d'assouvir un minimum de pulsion sexuelle, quel que soit le cadre moral ou religieux l'interdisant, p. 31.

amicales, amoureuses ou sexuelles faciles et sans contrainte; celles-ci sont toujours problématiques à l'adolescence, mais ici s'ajoute le drame de transmettre la maladie à son enfant ou à son conjoint.

Il semble donc nécessaire et urgent de sensibiliser le milieu intervenant, voire la communauté internationale, au caractère dramatique, intense et assez inédit de la détresse dans laquelle vivent ces jeunes. Nous avons un devoir collectif d'y réfléchir avec diligence et de chercher d'autres voies pour les aider et de ne pas les laisser à leur triste sort. Il convient alors d'organiser des séances de réflexion et de débat centrés sur les difficultés spécifiques de l'adolescent séropositif. Il s'agit de données récentes, car la trithérapie n'est apparue qu'en 1996: la longévité potentielle de ces enfants n'a pas encore donné lieu à un nombre suffisant d'études pour les aider et améliorer leur sort. Nous espérons qu'avec cette thèse, qui amorce le mouvement, la communauté scientifique prendra conscience de ses devoirs envers cette jeune humanité souffrante.

Conclusion

Au début de la pandémie du VIH, dans le monde, les homosexuels ont été stigmatisés comme vecteurs de transmission du VIH. Simultanément, aux côtés de la population gaie, la population haïtienne a aussi été victime d'une telle stigmatisation. On se souviendra du célèbre sigle des "4H", désignant les populations les plus touchées, et référant à "hémophile", "héroïnomane", "homosexuel" et "Haïtien" (Pauyo, 2012). Cette situation n'a pas tardé à se transformer, car le taux de prévalence de femmes infectées a égalé à celui des hommes. Le nombre de femmes enceintes infectées au VIH n'a cessé de croître jusqu'à atteindre, en 2011, un niveau où les spécialistes ont parlé de "féminisation de l'infection au VIH" (ONUSIDA, 2007; MSPP, 2011; MSPP, 2000). La lutte contre le VIH en Haïti au cours des trois dernières décennies a amené une stabilisation relative de la prévalence de l'infection dans le pays. Elle est à 2,2 % parmi les 15-49 ans, de 2,7 % chez les femmes et de 1,7 % chez les hommes (Cayemittes, 2012). D'ordinaire, les enquêtes menées par les spécialistes de la médecine intègrent le groupe des 15 – 20 ans dans la population adulte sans se soucier des caractéristiques particulières de ce groupe. De même, ces enquêtes font peu mention du comportement sexuel des adolescents infectés au VIH depuis la naissance. Dans le but de combler ce vide, cette thèse avait pour mission d'enquêter sur la sexualité et la parentalité parmi les adolescents infectés au VIH par transmission verticale et par voie sexuelle à Haïti.

Au plan théorique et méthodologique, nous avons cherché à connaître l'influence des normes et des valeurs sur le comportement sexuel des adolescents infectés au VIH et sur le rapport à la parentalité par une recherche de type qualitatif inspirée de l'interactionnisme symbolique et de la phénoménologie scientifique dans la mesure où le sujet (l'adolescent) est au centre des préoccupations: c'est lui qui donne sens à son vécu, c'est lui qui partage ce vécu avec le chercheur. Les résultats devaient mener à des paradoxes, puisque les normes et valeurs des parents et des soignants ne recevraient pratiquement pas d'écho au niveau des pratiques adolescentes, contrairement à nos attentes, et à des étonnements, car ce sont les pairs ignorants des difficultés spécifiques liées aux statuts séropositifs qui se révèlent les plus déterminants des pratiques et perceptions adolescentes observées.

La présente thèse aura révélé que lorsque l'adolescent décrit ses interactions, des points saillants émergent rapidement. La dimension du secret s'avère centrale. Deux événements marquent d'ailleurs fortement leur univers: celui du "dévoilement" de son statut sérologique par les parents à l'enfant qui jusqu'alors l'ignorait et celui de la divulgation par l'adolescent, qui informe ainsi ses parents d'un statut sérologique contracté par voie sexuelle. Les normes et valeurs que véhiculent les messages éducatifs des parents révèlent: la méfiance envers d'éventuels partenaires ou amis, une méfiance qu'ils tentent d'induire chez leur progéniture; une certaine pression à l'évitement des relations amoureuses, tournée vers la priorisation; la préconisation de l'utilisation du préservatif et, fait étonnant à signaler, une pratique du préservatif davantage destinée à protéger son enfant contre la surinfection que pour protéger ses partenaires éventuels contre l'infection. Néanmoins, ces normes et valeurs en provenance du milieu familial se révèlent sans grande influence car les jeunes entretiennent, malgré tout, des relations amoureuses et amicales et, lorsqu'ils pratiquent la sexualité, ils n'utilisent le condom que de façon très irrégulière.

Lorsque l'adolescent décrit ses relations avec les soignants, deux éléments ressortent: la valorisation du port du condom et celle de l'observance thérapeutique. Ces deux éléments reçoivent des échos diamétralement opposés chez les jeunes. Alors que l'observance thérapeutique est respectée à la lettre, vraisemblablement en raison de ses conséquences de vie ou de mort, les pressions du port du condom tombent à plat: les jeunes n'entendent pas le message des soignants à ce sujet, ou du moins en relativisent l'importance face aux valeurs concurrentes que véhiculent leurs pairs, ou les valeurs culturelles ambiantes qui ne vont pas en ce sens. D'une part, chez les garçons, les pairs masculins font office de conseillers et mentors sexuels: ces derniers valorisent la virginité râflée comme trophée et cette virginité est associée, par ignorance, à une absence de risque de contamination (le phénomène de contamination verticale demeure largement ignoré). D'autre part, chez les filles, les amies font office de conseillères du coeur et de guides dans les relations avec le sexe opposé. Dans tous ces cas, ces jeunes valorisent l'expérience sexuelle, comme le font d'ordinaire les adolescents, sans avoir pris connaissance du statut séropositif de l'un d'entre eux, qui garde son statut secret comme mode de protection sociale. C'est dire que les pressions parentales et médicales en faveur du port du condom se font peu déterminantes lors des pratiques sexuelles des jeunes, au

profit des normes et valeurs des pairs qui, elles se révèlent puissantes, et problématiques en termes de pandémie, mais prévisibles, en termes de comportement adolescent.

De plus, lorsqu'ils racontent leur univers sexuel, trois phénomènes attirent l'attention. D'abord la dimension genrée des messages destinés aux jeunes, les filles n'ayant pas les mêmes pressions que les garçons. Si les deux sexes reçoivent le message de "se protéger", étant tous deux incités au port du condom à défaut de respecter l'abstinence prêchée, les filles reçoivent davantage le message de "se respecter", le fait d'accorder des relations sexuelles à un partenaire non marié étant regardé comme un acte dégradant pour elles. Cependant, les jeunes hommes, à qui on prêche aussi l'abstinence, ne sont pas tenus de "se respecter": le manque d'abstinence masculine n'est nullement associé à un acte dégradant, mais plutôt, au contraire, à une preuve de virilité presque implicitement valorisée (le coq du village). Quoi qu'il en soit, ces messages parentaux genrés n'ont pas l'impact attendu: l'abstinence ne se pratique quasiment pas et le port du condom, répétons-le, n'est pas une pratique régulière.

En parallèle, le statut sérologique et les précarités qui y sont associées (risque d'exclusion, souffrance intérieure, lourdeur du secret, pauvreté, etc.) révèlent une perception de la parentalité plutôt apeurée. Les filles se montrent conscientes des dangers d'une maternité précoce et des difficultés inhérentes, elles se montrent aussi pleinement avisées des complications accrues du fait de leur état de santé. Elles ont peur de donner la vie, mais elles demeurent désireuses de le faire et d'ailleurs, certaines le font quand même (Jeanne, Andréa et Carine). De leur côté, les garçons se font plus incertains quant à leur potentiel de paternité. Ils ont peur de mettre au monde des enfants infectés, ils ont aussi des doutes quant à leur capacité d'être acceptés comme maris et pères potentiels. Ils doutent enfin de leur capacité de prise en charge financière d'une famille, les symptômes et la prise de médicaments rendant l'accès au travail plus difficile.

La thèse, au final, attire fortement l'attention sur une dimension apparemment trop souvent oubliée dans l'intervention éducative auprès des adolescents infectés, qu'elles proviennent du milieu parental ou professionnel: l'impact des éléments culturels propres au contexte haïtien. Haïti, comme la plupart des pays, possède ses traits culturels caractéristiques. Les entretiens révèlent un ensemble de normes marqué par la référence au mariage, encore très

valorisé, par l'abstinence prêchée comme pratique de vertu et comme évitement du péché, etc. Cependant, tous les éléments culturels n'ont pas la même importance au plan de l'intervention. Deux d'entre eux doivent impérativement recevoir l'attention du milieu. En premier lieu, arrive la coutume selon laquelle la décision de porter un préservatif doit revenir au garçon. Cette coutume a de fâcheux effets lorsque c'est la jeune fille qui est infectée. Elle ne peut proposer le préservatif, sans heurter la sensibilité de son partenaire qui y voit un manque de confiance, ou sans risquer de le perdre, si elle se risque à divulguer son statut. En deuxième lieu vient l'ignorance assez générale, chez les jeunes, du phénomène de contamination verticale. Lorsque le jeune homme ne sait pas qu'une jeune fille peut avoir été infectée à la naissance, il en conclut qu'une jeune fille vierge est le partenaire idéal pour une relation sexuelle plus agréable¹⁹, le tout en plus de la dimension de trophée qu'elle symbolise. Dans tous ces cas, le jeune homme infecté à son insu se transformera aussi potentiellement, à son tour, en outil de transmission du virus s'il a des relations avec une autre personne. Il convient de stopper le mouvement, notamment grâce à une intervention mieux avisée et plus consciente de la nécessité d'une prise en compte des éléments culturels propres à Haïti.

Cette thèse révèle le caractère hautement dramatique, particulièrement difficile, voire intenable et choquant de la situation dans laquelle doivent vivre les jeunes ayant participé à cette étude. La plupart sont orphelins, en déficit de soins parentaux ou de support familial. Ils vivent presque tous dans la pauvreté la plus abjecte, certains étant privés de foyers, condamnés à vivre dans des bidonvilles, en état fréquent de malnutrition ou de piètres conditions d'hygiène (manque d'accès à l'eau potable, absence d'électricité, de vêtements décents, etc.), dépendant souvent presque totalement des quelques services offerts par le Centre Gheskio. Beaucoup de jeunes filles, parfois déjà mères, se tournent vers la prostitution pour subvenir à leurs besoins, l'accès au travail leur étant refusé. Certaines sont aussi victimes de violences diverses, dont le vol des maigres ressources en provenance des hommes (Jeanne) ou le viol, certaines étant devenues mères des suites d'un acte sexuel forcé (Andréa). C'est donc l'attention du milieu soignant et de l'ensemble de la communauté internationale touchée par le sort des enfants que veut attirer cette thèse. Avec le refus d'un fatalisme qui conduirait à

¹⁹ Infra, (chair sur chair est meilleure).

baisser les bras, l'auteur de cette thèse, lui-même intervenant dans le milieu haïtien, s'est livré à un exercice nécessaire et urgent, d'élaboration de solutions qui auront le potentiel d'aider cette population d'enfants en détresse et de mieux contrer la propagation du virus.

En harmonie avec un programme de doctorat centré sur l'application des sciences humaines produites par la recherche, cette thèse aboutit donc vers un ensemble de recommandations. Ses recommandations se veulent humbles, conscientes de la difficulté du contexte et de la rareté des connaissances en la matière, mais courageuses et déterminées face au devoir de lucidité et d'ingéniosité face aux problèmes auxquels sont confrontés les professionnels de l'intervention. Ce devoir d'ingéniosité, devant le problème et la souffrance sans nom que vivent ces jeunes, peut, il faut le dire, conduire à des voies inusitées, nouvelles ou même apparemment choquantes: nous considérons que face à la détresse et au sort quasi infernal dans lequel ces enfants sont plongés, rien ne peut à nos yeux, être plus choquant que notre silence.

Bibliographie

1. Adams, R.E., et coll. (2001). « Characteristics of closeness in adolescent romantic relationships ». *Journal of Adolescent*, 24,353-363.
2. Adrien, A., et al. (1991). « Le Sida à Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population ». *Option, Cahiers Santé I* : 59-67.
3. Alvesson, M., et Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive Methodology. New Vista for qualitative research*. SAGE Publications. Second Edition, p. 350
4. Alvin, P., et coll. (2003). *Maladie chronique à l'adolescence : dix questions pertinentes*. *Archives pédiatriques*, 10 : 360 – 366.
5. Assemblée Nationale. Première session. Quarantième legislature. (2013). *Projet de loi N° 30. Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière de recherche*. Chapitre 17. Éditeur officiel du Québec.
6. Anadon, M. (2006). *La recherche qualitative : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents*. *Recherches qualitatives – Vol.26* (1), pp.5-31.
7. Assogba, Y. (2004). *État de la question sur l'étude des valeurs*. Dans : *Les valeurs des jeunes* (2004). Sous la direction de : Pronovost, G. et Royer, C. Presses de l'Université du Québec. 251 p.
8. Atger, F. (2007). *L'attachement à l'adolescence*. *Dialogue 1 N° 75*, p.73-86. Doi : 10.3917 dia.175.0073
9. Barbot, B. (2008). *Structures identitaires et expression créative à l'adolescence*. *L'orientation scolaire et professionnelle* 37/4. *Identités et orientations-2*.
10. Beaudet, M., et Bégin, C. (1986). *Parents d'adolescents : un défi parfois difficile*. *Service social*, vol. 35, no 3, p. 339- 351.
11. Bee, H.L., et Mitchell, S.K. (1986). *Le développement humain*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. Ottawa, Canada.
12. Bee, H., et Boyd, D. (2003). *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. 2^{ème} édition, 275 p.
13. Bernard, L. (2014). *À quoi sert la sociologie?* Éditeur : La Découverte.

14. Bernier, L. (1997). Les relations sociales. Institut québécoise de recherche sur la culture. Dans : Les 15-19 ans. quel présent? Quel avenir? Chapitre 2. Sous la direction de : Madeleine, Gauthier et al. (1997). Montréal : Institut québécoise de recherche sur la culture, 252 p.
15. Bijoux, L. (1990). « Coup d'œil sur la famille Haïtienne ». Éditions des Antilles S.A. Port-au- Prince, Haïti.
16. Bijoux, L. (1995). « Regard critique sur la famille Haïtienne ». Éditions des Antilles S.A. Port-au- Prince, Haïti.
17. Blanc, M-È. (2009). Une sociologie du SIDA. Entre traitement de la déviance et de la vulnérabilité dans un pays en développement: le cas du Vietnam. Dans : Problèmes sociaux, Tome III. Théories et Méthodologies, sous la direction de Dorvil Henry. Presses de l'Université du Québec, 205 p.
18. Blumer, H. (1986). Symbolic Interactionism. Perspective and Method. University of California Press, p. 208
19. Bozon, M. et Kontula, O. (1997). Initiation sexuelle et genre : comparaison des évolutions de douze pays européens. In : Population, 52^e année, no 6, pp. 1367-1400.
20. Bozon, M. (1993). L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. In : Population, 48^e année, pp. 1317-1352.
21. Bréchon, P. (2007). Les multiples facettes de l'identité : famille, profession, santé, territoire. Séminaire de valorisation de la recherche- INED. Halshs-00263970, version 1-13 Mars 2008.
22. Brutus, E., et Chalmers, C. (2010). Construire ou reconstruire Haïti ? Acteurs, enjeux et représentations. Dans : Refonder Haïti ? Sous la direction de Pierre Buteau, Rodney Saint-Éloi et Lyonel Trouillot. Collection Essai. Éditions Mémoire d'encrier, p.339
23. Bornstein, L., et Bornstein, M.H. (2007). Pratiques parentales et développement de l'enfant. Encyclopédie sur le développement des jeunes. Dans : Tremblay, R., (2007) et al. Encyclopédie des jeunes enfants. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 1-4.
24. Bordeleau, L.-P. (2005). Quelle phenomenologie pour quels phénomènes? Recherches qualitatives. Vol.25 (1), pp.103-127.

25. Bouchev, H. A., et Furman, W. (2003). Dating and Romantic Experiences in Adolescence. In G.R. Adams & M. berzonsky (Eds.). The Blackwell handbook of adolescence. Oxford, UK: Blackwell publishers.
26. Bourrel, G. (2008). Analyse phénoménologique d'une étude sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la pragmatique. Recherches qualitatives – Hors-série – numéro, 6 - pp. 87 – 103.
27. Bughin, M., et coll. (2003). La parentalité : une affaire d'État. L'Harmattan. Collection Logiques Sociales. 223 p.
28. Cayemittes, M., et coll. (2012). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).
29. Cayemittes, M., et coll. (2007). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).
30. Cayemittes, M., et coll. (2001). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV). Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).
31. Caron, J.-C. (2003). De l'anonymat à l'avant-scène. Évolution de la notion d'adolescence aux XIX^e et XX^e siècle. Dans : L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. Sous la direction de : Marty François. In press Éditions. 336 p.
32. Champion, M., et coll. (1999). Le secret chez les enfants infectés par le VIH. Archives pédiatriques, 6 : 1101- 8.
33. Charbonneau, J. (2004). Valeurs transmises, valeurs héritées. Dans : Les valeurs des jeunes. Sous la direction de : Pronovost, G. et Royer C. (2004). Presses de l'Université du Québec. 251 p.
34. Chauffaut, D. et Dauphin, S. (2012). Normes de parentalités : production et réception [revue de littérature]. Politiques sociales et familiales. Vol.108, n^o 1.
35. Chapoulie, J.-M. (2011). À propos de la tradition interactionniste. Dans : De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche. Sous la direction de : Joelle Morrisette, Sylvie Guignon, Didier Démazière (2011). Recherches qualitatives – Vol. 30 (1), pp. i- vi.
36. Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. L'orientation scolaire et professionnelle, 33/2. Adolescence – 1.
37. Contandriopoulos, A.-P., et coll. (2005). Savoir préparer une recherche. Le définir, la structurer, la financer. Gaëtan Morin Éditeur. 197 p.

38. Cordié, A. (2002). La transmission dans le processus éducatif : en famille et à l'école. ERES| La lettre de l'enfance et de l'adolescence, n0 50, pages 75 à 80.
39. Côté, P-B. (2006). Le programme à grands pas d'amour : pour vaincre l'isolement des adolescents et des éducateurs face à l'éducation sexuelle. Rapport d'évaluation pour le centre jeunesse de Laval.
40. Courtois, R. (1998). Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. Ann. Méd.-Psychol., 156, no 9.
41. Cohen-Scali, V., et Guichard, J. (2008). L'identité : perspectives développementales. L'orientation professionnelle. 37/3. Identités et orientations –I.
42. Connolly, J., et coll. (1999). « Conception of Cross-sex Friendships and Romantic Relationships in Early Adolescence ». Journal of Youth and Adolescence, Vol. 28, No. 4.
43. Connolly, J., et coll. (2000). « The Role of Peers in the Emergence of Heterosexual Romantic Relationships in Adolescence ». Child Development, Vol. 71, No 5, 1395-1408.
44. Dandurand, R., et Ouelette F. R. (1995). Famille, État et structuration d'un champ familial. Sociologie et Sociétés, 27, 2, pp. 103-119.
45. Déchaux, J.-H. (2007). Sociologie de la famille. Éditions : La Découverte. Collection Repères, 112 p.
46. Deslandes, R. (2008). Contribution des parents à la socialité des jeunes. Éducation et francophonie, vol. 36, n0 2, p. 156- 172.
47. Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative. Guide pratique. McGraw-Hill, Éditeurs. 141 p.
48. De Goyet, C.V., et coll. (2011). La réponse sanitaire au tremblement de terre à Haïti : Janvier 2010. Leçons à retenir pour la prochaine grande catastrophe soudaine. Organisation panaméricaine de la santé (OPS). www.paho.org/disaters.
49. De Singly, F. (2000). Penser autrement la jeunesse. Lien social et Politiques 43 : 9-21. Doi : 10.7202/005086 ar.
50. Dubé, M., et coll. (2004). Climat familial et réseau d'amis chez les adolescents. P.U.F. | Enfance- Vol. 56, pages 187 à 203.
51. Mesure, S., et Savidan, P. (sous la direction de). (2006). Dictionnaire des sciences humaines. Presses Universitaires de France.

52. Dortier, J. (sous la direction de). 2004. Le dictionnaire des sciences humaines. Éditions Sciences Humaines.
53. Dolto, F. (1988). La cause des adolescents. Éditions Robert Laffont, S.A. 276 p.
54. Dolto, F., et coll. (2003). Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Paris : Gallimard jeunesse-Giboulées. ISBN : 2-07-055581-x. 163 p.
55. Epelbaum, C. (1998). Adolescence et maladie : du corps à la parole. Arch. Pédiatr; 5 : 1122 – 31.
56. Erikson, E.H. (1968). Adolescence et crise. La quête de l'identité. Traduit de l'américain par Joseph Nass et Claude Louis-Combet. Flammarion, Paris. 328 p.
57. Erikson, E.H. (1968). Identity Youth and crisis. N.W Norton and Company. Inc. New York, First Edition. 336 p.
58. Erikson, E.H. (1950). Childhood and society. N.W. Norton and company. Inc. New York. London.
59. Erikson, E.H. (1959). Identity and the life cycle. N.W. Norton and company. Inc. New York. London.
60. Fall, L., et Seck, B. (2003). Développement de L'Enfant africain: influence du milieu de vie. Med Trop; 63 : 413-421.
61. Felton, M.G., et Bartoces, M. (2002). Predictors of Initiation of Early Sex in Black and White Adolescent Females. Public Health Nursing, Vol. 19, No 1, pp. 59-67.
62. Fize, M. (2005). La famille. Éditions : Le Cavalier Bleu. Collection «Idées reçues», p.124.
63. Fouron, J-C. (2010). Santé publique et population. Dans : Construction d'une Haïti Nouvelle. Vision et contribution du GRAHN (groupe de réflexion et d'action pour une Haïti nouvelle. Samuel Pierre, Éditeur scientifique. Presses Internationales Polytechniques. 617 p.
64. Fortier, C. (2010). Se masturber pour les hommes, montrer son sexe pour les femmes : recueil de sperme et pratiques gynécologiques dans le cadre des Procréations Médicales Assistées (Islam sunnite-Égypte-France). Islam et santé – Sociologie Santé, n° 31.
65. Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives. Chenelière Éducation inc. 2^{ème} édition. 621 p.

66. Funck-Brentano, C., et coll. (2007). Les adolescents infectés par le VIH à la naissance : sexualité et procréation; mise en perspective avec la maladie du cancer. *Psycho-Oncologie*, 1 :236 – 240.
67. Galland, O. (2001). Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations. *Revue française de sociologie*. Vol. 42, N^o 4, pp. 611-640.
68. Galland, O. (1996). L'entrée dans la vie adulte en France. Bilan et perspectives sociologiques. *Les jeunes*, Vol. 28, numéro 1. Doi : 10.7202/001280 ar.
69. Galland, O. (1990). Un nouvel âge de la vie. *Revue française de sociologie*. Vol. 31, N^o 4, pp 529-551. Doi : 10.2307/3322402.
70. Galland, O. (1997). *Sociologie de la jeunesse*. Armand Colin/Masson : Éditeurs. 241 p.
71. Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans : Poupart, J., et coll. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur. 405 p.
72. Godet, M., et Sullerot, E. (2007). *La famille : une affaire privée et publique*. La documentation française. Paris. 345 p.
73. Gouvernement de la République d'Haïti. (2008-2012). *Programme Nationale de lutte contre le Sida*. Plan Stratégique National Multisectoriel.
74. Goyer, C., et coll. (2008). La dynamique de l'engagement chez des étudiants en formation des maîtres, analysée sous l'angle des états identitaires. *Canadian Journal of Education* 31, 4; 813-835.
75. Groulx, L-H. (1997). Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. Dans : *la recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Poupart, Deslaurier, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. Gaëtan Morin, éditeur.405 p.
76. Hempstone, H., Diop-Sidibé, N. et coll. (2004). *HIV/Aids in Haiti; a literature review*. Health communication partnership.
77. Hejoaka, F. (2012). *L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*. Anthropologie sociale et ethnologie. École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Français.
78. Hernandez et coll. (2012). Relations sociales entre pairs à l'adolescence et risque de désinvestissement scolaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 60, 87-93.

79. Hien, H., et coll. (2012). Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à BOBO-DIOULASSO, à Burkina Faso. S.F.S.P.| Santé Publique, 4 – Vol.24, pages 343 à 351.
80. Hope, L. T., et coll. (2003). The Relationships among Adolescent Pregnancy Resolution, and Juvenile Delinquency. *The Sociological Quarterly*, Vol. 44, No 4 pp.555-576.
81. Holschneider, S.O.M., et Alexander, C. (2003). « Social and Psychological influences on HIV preventive behaviour of young in Haiti ». *Journal of Adolescent Health*, 33; 31-40.
82. Huerre, P. et Le Forum, J.-Y. (2003). L'adolescence ou la légende du siècle. Dans : L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. Sous la direction de : Marty François (2003). In Press Éditions. 336 p.
83. Hurbon, L. (2014). L'État haïtien face à la catastrophe du 12 janvier 2010. Dans : Catastrophes et environnement. Haïti, séisme du 12 janvier 2010. Sous la direction de Laënc Hurbon. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. 267 p.
84. Jeammet, P., et Sarthou-Lajus, N. (2008). Les contradictions de l'adolescence. *Études : revue de culture contemporaine*, 409 (7), 30. Issn : 0014-1941.
85. Jiménez, T.I., et coll. (2007). Le rôle de la communication familiale et de l'estime de soi dans la délinquance adolescente. *RIPS|IRSP*, 20 (2), 5-26, Presses Universitaires de Grenoble.
86. King, R.B., et Harris, K.M. (2007). Romantic relationships among immigrant adolescents. *International Migration Review*, 41 (2), 344-370. ISSN: 0197-9183.
87. Kunnen, S.E., et Bosma, H.A. (2006). Le développement de l'identité: un processus relationnel et dynamique. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, (35/2, 183-203. Issn : 0249-6739.
88. Kuttler, A. F., et La Greca, A. M. (2004). « Linkages among adolescent girls' romantic relationships, best friendships, and peer networks ». *Journal of Adolescence*, 27, 395-414.
89. Lachai, C. (2002). La construction de la subjectivité et du lien à l'adolescence. *Champ psy*. 25 (1), 25-47. ISSN : 22 60-2100.
90. Lafortune, G., et Kanouté, F. (2007). Vécu identitaire d'élèves de 1ère et 2^{ème} génération d'origine haïtienne. *Revue de l'Université de Moncton*, vol.38, n^o 2, p.33-71.

91. La Greca, A. M., et Mackey, E. R. (2004). « Adolescents' Anxiety in Dating Situation: The Role of Other-Sex Friends, Close Friends, and Romantic Partners ». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, in press.
92. Lagrange, H., et Lhomond, B. (sous la direction de). (1997). *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Éditions La Découverte et Syros, Paris. 431 p.
93. Dictionnaire encyclopédique pour tous. *Petit Larousse illustré*. (1985). Librairie Larousse, 17, rue Du Montparnasse, 75298, PARIS, Cedex 06.
94. Lauru, D. (2003). Figures de l'autorité à l'adolescence. *enfances & Psy*. Vol.2 no 22, p. 118-124.
95. Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Presses Universitaires de France. 249 p.
96. Le Gall, J. (2007). Aimer un jour, aimer toujours? Le sens des relations amoureuses pour des jeunes issus de l'immigration. Dans : S. Fortin (dir). *Adolescence en contexte urbain et cosmopolite : Regards anthropologiques et implications cliniques*. Montréal, Éditions Sainte-Justine, chap.3, p.83-106.
97. Le Gall, D., et Le Van, C. (2003). La première fois : récits intimes. *Sociologie et sociétés*, vol. 35, n° 2, p. 35-57
98. Leleux, C. (2000). *Éducation à la citoyenneté. Apprendre les valeurs et les normes de 5 à 14 ans*. Éditions De Boek. 270 p.
99. Le Run, J.-L. (2006). *La bande à l'adolescence*. *Enfance et Psy/2* (N°31). Éditeur : ERES. ISBN : 9782749205571.
100. Lincoln, Y.S., et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications. International Educational and Professional Publisher. ISBN : 0-8039-2431-3.
101. Lipiansky, E.M., et coll. (1990). Introduction à la problématique de l'identité. Dans : *Stratégies identitaires*. Carmilleri, C. et al. (1990). Collection *Psychologie d'aujourd'hui*, dirigée par Paul Fraisse. P.U.F. 232 p.
102. Longneaux, J.-M. (2007). La souffrance comme exemple d'une phénoménologie de la subjectivité. *Collection du Cirp*. Volume 2, pp. 61 – 73.
103. Longmore, M., et coll. (2001). Preadolescent parenting strategies and teens' dating and sexual initiation: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage and Family*, 63 (2), 322-335. ISSN: 0022-2445.

104. Mabiala Babela, J.-R., et coll. (2008). La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Vol. 37, no 5, pages 510-515. Doi : 10.1016/j.jgyn.2007.11.033.
105. Maia, M.A. (2004). Relations amoureuses de jeunes de banlieue. *Agora – (débat/jeunesse)*, numéro 35.
106. Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In: *Handbook of adolescent psychology*. Adelson, J. (Ed.), New York: Wiley, 1980 (10).
107. Mardon, A. (2009). Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence. *Sociétés Contemporaines*. Vol. 3 N° 75. Éditeur : Presses de Sciences. ISBN : 9782724631623.
108. Marcelli, D., et Braconnier, A. (2008). *Psychopathologie de l'adolescent*. Elsevier Masson, 7^{ème} édition. Collection les âges de la vie. ISBN : 9782294089664.
109. Masmoudi-Soussi, J., et coll. (2006). Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*. Vol. 164, Issue 5, pages 395-401.
110. Maxi, A. J. (2010). Regard qualitatif sur le développement de l'intimité chez des adolescents d'orientation hétérosexuelle vivant avec le VIH et infectés par transmission verticale à Haïti. Mémoire de maîtrise en sexologie. Université du Québec à Montréal.
111. Mead, M. (1929). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Éditions Plon. 533 p.
112. Mergui, A., et Giami, A. (2011). La sexualité des adolescents séropositifs : analyse de la littérature et réflexion sur les impensés de la sexualité. *Archives pédiatriques*; 18: 797-805.
113. Merinfeld, E.G. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques et familiale et de pratiques de réseaux*. Vol. 2 n° 35. ISBN : 978204147198. Éditeur : De Boeck Supérieur.
114. Micollier, E. (2006). Sexualités et vulnérabilité au VIH en Chine, un regard anthropologique. *Sexologies*, volume 15, Issue 3, pages 191-201.
115. Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck. 611 p.
116. Mimbala-Mayi, M., et coll. (2011). Connaissances et comportement des adolescents en matière de santé sexuelle au Gabon. *Clinics in Mother and Child Health*, Vol. 8, article ID C110101, 3 pages.

117. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). 2000. Plan intérimaire du programme IST/VIH/SIDA, oct.2001-sept.2002. Haïti.
118. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). (2011). Manuel de protocole de surveillance des cas de VIH/SIDA à Haïti. Notification du VIH.
119. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). République d’Haïti. (2008). Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH.
120. Moretti, M. M., et Peled, M. (2004). « Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development ». *Paediatr Child Health*, Vol. 9, No. 8.
121. Mokoukolo, R. (2006). Les jeunes français face aux valeurs traditionnelles : une étude psychosociale et interculturelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. Vol. 1, numéro 69, pp.83-95.
122. Morin, E. (2000). Les sept savoirs nécessaires à l’éducation du futur. Publié en 1999 par l’Organisation des Nations Unies pour L’éducation, la science et la culture – 7 place de Fontenoy-75352. Paris 07. SP- France.
123. Mulot, S. (2000). Je suis la mère, je suis le père : l’énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe. Thèse pour l’obtention du grade de docteur de L’EHESS en Anthropologie sociale et Ethnologie.
124. Narring, F., et coll. (1997). Sexualité des adolescents et Sida: processus et négociation autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Institut universitaire de médecine préventive. Raisons de santé 4 – Lausanne.
125. Nkuba, M. P. (2007). Factors contributing to high adolescent pregnancy rate in Kinondoni Municipality, DRR-ES-Salaam, Tanzania. University of South Africa. Health Studies. Master of Art.
126. Ohannessian, M. C., et Crockett, J. L. (1993). A Longitudinal Investigation of the Relationship between Educational Investment and Adolescent Sexual Activity. *Journal of Adolescence* 8:167.
127. ONUSIDA et CARICOM. (2005). Étude du partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH (PANCAP). Des objectifs communs, des ripostes en partenariat. Collections Meilleures Pratiques de l’ONUSIDA.
128. ONUSIDA; Organisation Mondiale de la Santé. (2007). L’épidémie mondiale du SIDA.

129. ONUSIDA; Organisation Mondiale de la santé. (2008). Caraïbes. Le point sur l'épidémie de SIDA. Résumés par région. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation Mondiale de la Santé.
130. Organisation Mondiale de la Santé; ONUSIDA; UNICEF. (2011). La riposte mondiale au VIH/SIDA. Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel. Rapport de situation.
131. Okonofua, F. E. (1994). Factors Associated with Adolescent Pregnancy in Rural Nigeria. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 24, No 4.
132. Parazelli, M. (2007). Jeunes en marge. Perspectives historiques et sociologiques. *Nouvelles Pratiques Sociales*, Vol. 20, Numéro 1, p. 50-79. Doi : 10.7202/016977 ar.
133. Parazelli, M. (2000). L'imaginaire familialiste et l'intervention sociale auprès des jeunes de la rue : une piste d'intervention collective à Montréal. *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n0 2, p. 40-66.
134. Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain Montréalais. *Cahiers de Recherche sociologique*. Numéro 27, p. 47-62. Doi : 10.7202/1002355 ar.
135. Pauyo, N-L. (2012). Haïti: les grands chantiers. L'Harmattan. 325 p.
136. Pagano, M. E., et Hirsch, B. J. (2007). « Friendships and Romantic Relationship of Black and white Adolescents ». *Journal of child and family studies*. 16:347-357.
137. Perreault, M., et Bibeau, G. (2003). La gang : une chimère à apprivoiser. Marginalité et transnationalité chez les jeunes québécois d'origine afro-antillaise. Les Éditions du Boréal. 381 p.
138. Pépin, M.-A. B. (2010). Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence : étude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés. Thèse de doctorat en Psychologie. Université du Québec à Montréal.
139. Pharel, K. (2010). Haïti : d'un État failli à un État émergent? Dans : Refonder Haïti ? Sous la direction de Pierre Buteau, Rodney Saint-Éloi et Lyonel Trouillot. Collection Essai. Éditions Mémoire d'encrier. 339 p.
140. Phipps, G., et Sowers, M. (2002). Defining early Adolescent Childbearing. *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No 1.

141. Piou, N. (2010). Solidarité et Développement social. Dans : Construction d'une Haïti Nouvelle. Vision et contribution du GRAHN (groupe de réflexion et d'action pour une Haïti nouvelle. Samuel Pierre, Éditeur scientifique. Presses Internationales Polytechniques. 617 p.
142. Podur, J. (2012). La nouvelle dictature d'Haïti. Coup d'état, séisme et occupation onusienne. Les éditions Écosociété. Traduit de l'anglais (Canada) par Geneviève Boulanger. 244 p.
143. Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans : Poupart et coll. La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin Éditeur. 405 p.
144. Poupart, J., et coll. (1998). La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec. Gaëtan Morin Éditeur, 249 p.
145. Poupart, J. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme symbolique : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. Recherches qualitatives – Vol. 30 (1), pp. 1-6.
146. Pronovost, G. et Royer, C. (2004). Les valeurs des jeunes. Presses de l'Université du Québec. 251 p.
147. Quivy, R., et Campendhout, L. V. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales. DUNOD, Paris. 287 p.
148. Quentel, J-C. (2004). L'adolescence et ses fondements anthropologiques. Les jeunes, P. 25-41, PUF.
149. Raman, A.C. (1969). L'enfant dans la culture de l'Ile Maurice. Dans : fonds des Nations unies pour l'enfance. (1969). (Fise/Unicef). Les Carnets de l'enfance, 10, 170 p.
150. Raphaël, F. (2006). Grossesse hors du mariage dans les familles haïtiennes. Santé mentale au Québec, vol. 31, no 2, p 165 – 178.
151. Richter, M., et Mlambo, G. (2005). Perceptions of Rural Teenagers on Teenage Pregnancy. Health SA GESONDHEID, Vol. 10 No 2.
152. Royer, C., et al. (2004). Valeurs sociales fondamentales de jeunes québécoises et québécois. Ce qui compte pour eux. Dans : Les valeurs des jeunes. Sous la direction de : Pronovost, G. et Royer, C. Presses de l'Université du Québec. 251 p.
153. Saillant, F. (1999). Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. Anthropologie et Sociétés, vol. 23, n° 2, p. 15 – 39.

154. Scharf, M., et Mayseless, O. (2001). « The capacity of romantic intimacy: exploring the contribution of the best friend and marital and parental relationships ». *Journal of Adolescence*, 24, 379-399.
155. Schwartz, S.H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. Vol. 47, p. 929-969.
156. Sellenet, C. (2007). La parentalité décryptée. Pertinence et dérives d'un concept. Paris: Harmattan. 188 p.
157. Shulman, S. et Scharf, M. (2000). Adolescent romantic behaviors and perceptions: age- and gender-related differences, and links with family and peer relationships. *Journal of Research on Adolescent*, Volume 10 – Issue 1.
158. Skard, A.G. (1969). La socialisation de l'enfant et les relations parents-enfants dans différentes cultures. Dans : fonds des Nations unies pour l'enfance (Fise/Unicef). *Les Carnets de l'enfance*, 10, 170 p.
159. Soares, C.M.J. (2010). La construction sociale de la sexualité chez des adolescents vivant en situation de pauvreté à Balém, état du Parà, Brésil : Dispositifs de sexualité et d'alliance selon Michel Foucault. Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées. Université de Montréal.
160. Sokol, J.T. (2009). Identity Development Throught the lifetime: An Examination of Eriksonian Theory. *Graduate Journal of Counseling Psychology*. Volume 1. Iss.2, Article14.
161. Soulière, M. (2007). Adolescence, theatre d'un monde en mutation : les hommes en devenir dans le Québec contemporain. Dans : *Adolescence en contexte urbain et cosmopolite. Regards anthropologiques et implications cliniques*. Sous la direction de : Fortin Sylvie (2007). Éditions du CHU Sainte-Justine, 271 p.
162. Taboada-Leonetti, I. (1990). Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue. Dans : *Stratégies identitaires*. Carmilleri, C. et al. (1990). Collection psychologie d'aujourd'hui, dirigée par Paul Fraisse. P.U.F. 232 p.
163. Taddeo, D., et coll. (2008). Adherence to treatment. In adolescents Paediatric. *Child Health*; 13 (1): 19 – 24.
164. Thabet, B. J., et coll. (2010). Comment les parents perçoivent la sexualité des adolescents? En quête auprès de 100 parents professionnels de la santé. Elsevier Masson. *Sexologies* 19, 104 -108.

165. Thiercé, A. (1999). Histoire de l'adolescence (1850-1914). Paris : Berlin. Histoire de l'éducation [en ligne], 89/2001.
166. The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2006). L'épidémie de VIH/sida dans les Caraïbes.
167. Tremblay, C. (2001). Les représentations sociales de la contraception chez l'adolescente active sexuellement. Mémoire de maîtrise en éducation. Université du Québec à Chicoutimi.
168. Trouillot, E. (2010). La femme potomitan. À quel prix ? Dans : Refonder Haïti ? Sous la direction de Sous la direction de Pierre Buteau, Rodney Saint-Éloi et Lyonel Trouillot. Collection Essai. Éditions Mémoire d'encrier. 339 p.
169. UNICEF., et coll. (2009). Enfants et Sida : quatrième bilan de la situation.
170. UNGASS – Haïti. (2010). Programme National de lutte contre le Sida. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Rapport de situation nationale.
171. UNDAF. (2009 – 2011). Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. République d'Haïti et le système des Nations Unies.
172. Vallon, S. (2006). Qu'est-ce qu'une famille? ERES| VST – Vie sociale et traitements, 1, n0 89, pages 154 à 161.
173. Winter, J.-P. (2001). Le Grand Amour. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol.3 no 45, p.19-26. ERES.
174. Yakam, J.C.T. (2009). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. Natures Sciences Sociétés. Vol. 17, p. 18-28.
175. Zimmer-Gembeck, M. J. (2002). « The Development of Romantic Relationships and Adaptations in the System of Peer Relationships ». Journal of Adolescent Health; 31: 216-225.

Internet :

1. Berzin, A. (1998). Les questions d'éthique sexuelle dans le bouddhisme. http://studybuddhism.com/web/fr/archives/approaching_buddhism/world_today/issues_buddhist_sexual_ethics.html

2. Gramsci, A. (1932-1933. La philosophie de la praxie face à la réduction mécaniste du matérialisme historique l'anti-Boukarine (cahier 11). <https://www.marxists.org/français/gramsci/works/1933/antiboukh1.htm>
3. Bettoli, L. (2004). La grossesse à l'adolescence. Schweizer Hebamme. Sage-femme, Suisse 5. www.hebamme.ch/xdata/heft_pdf/2004-5-34.pdf

Annexe I

**Approbation comités d'éthique :
Haïti et Université de Montréal**

Annexe II

Information et consentement versions créole et française

Enfòmasyon ak konsantman

Tit etid la : seksyalite ak parantalite pami adolesan e adolesan enfekte ak sida nan fè seks ak sa yo ki enfekte pa manman yo nan Peyi Dayiti : ki nòm, ki règ e ki pratik?

Chèchè prensipal: Ascencio Junior Maxi, etidyan pou grad doktè nan syans zimèn aplike

Université de Montréal

Direktris rechèch la : Sylvie Fortin, PH.D. , Université de Montréal

Asistan direktris : Violaine Lemay, PH.D. , Université de Montréal

Bonjou,

Fòm konsantman sa a se yon etap nan demach nòmal pou asire konsantman lib e eklere tout volontè. Enfòmasyon ki gen ladann yo ap ba w yon ide sou pwòjè ya e lap pèmèt ou konnen kisa sa mande w pou w ka patisipe. Nenpòt ki moman, si w ta vle gen plis detay kosènan fòm sa a, pa ezite mande enfòmasyon. Pran tan w pou w ka byen li ak byen konprann tout espikasyon yo.

Entwodiksyon

Ou te aprann ke w enfekte ak viris sida, nap mennen yon rechèch sou seksyalite ak parantalite kote adolesan yo. Objektif rechèch sa a se pou konprann pi byen enfluyans environman sosyal tankou (fanmi, zanmi ak pwofesyonèl lasante) sou prmyeman, dispozisyon ak pratik seksyèl adolesan yo, e yon lòt bò sou dezi fonde yon fwaye ak fè pitit kay jènn yo.

Kisa etid sa a enplike

Si w aksepte patisipe nan etid la, nap mande w yon rankont pou fè yon antrevi avèk ou. Sa ap dire 75 minit konsa. Epi tou nap anregistre l sou aparèy odio. Dire antrevi ya ka plis konsa tou li ka mwens. Li ka varye selon patisipan an. Nap mande w otorizasyon ou pou n ka anregistre li, pou n ka si ke nou kopye tot sa w te di lè nap retranskri antrevi ya. Nap pose w yon seri kesyon sou eksperyans ou. Li posib tou pou n ka mande rewè w yon dezyèm fwa pou n ka jwen dizon w sou antrevi ke n te fè ya. Pou sa, nap kontakte si posib nan kèk mwa pou

pran dezyèm randevou sa a. Menm jan an tou, nap mande w otorizasyon w pou nou ka gade nan dosye medikal ou pou nou konplete done klinik ak sosiodemografik ki konsène w.

Benefis ak risk

Enfòmasyon nou pwal jwenn de etid sa a ap pèmèt nou konnen pi byen bezwen adolesan kap viv ak Sida yo. Konsa, done nap kolekte yo ap sèvi kòm gid pou n fè rekòmandasyon ki ka sèvi pou devlope kèk entèvansyon ak prevansyon ki pi adapte nan reyalyte adolesan yo ap viv.

Yonn nan enkonvenyan ke etid la ka genyen, se kantite tan sa mande pou patisipasyon w. Etid la pa represante okenn risk fizik. Men li ka gen kèk risk sikologik akòz antrevi ya ki gen rapò ak sa wap viv pa rapò ak viris Sida a. Pou sa, konnen ke gen yon sip;ò sikologik ki disponib si nesèsè. Gen sikològ ak travayè sosyal ki la pou sa.

Sekrè nan etid la

Tout enfòmasyon nap kolekte pandan etid la ap rete konfidansyèl. Enfòmasyon wap ban ou yo pap fà pati de dosye medikal ou gen déjà yo. Wap gen yon lòt dosye kap byen konsève eke sèl chèchè etid la kap gen dwa wè l. Dosye a ap gen yon kòd espesyal pou chak patisipan. Se kòd sa kap pèmèt idantifye done ke nou kolekte diran etid la. Men pou gen kontwòl sou etid la e sou yon bon gesyon ni, li posib ke yon delege komite etik yo ka gade koman etid la ap mache.

Rezilta etid la gen dwa pibliye. Men, pa gen okenn enfòmasyon nap bay ki ka pèmèt yo idantifye w. Epi, enfòmasyon yo ap sere pandan yon bon ti tan, e apre sa nap detwi yo.

Libète pou w patisipe

Nap bezwen trante adolesan pou patisipe nan etid la. Patisipasyon an ap konplètman volontè, e si w ta deside pa patisipe ankò, sa pap fè anyen sou medikama ak tretman ke w abitye jwenn yo. Si w deside patisipe nan etid, ou ka chanje lide lè w vle pou soti ladann. Okenn nan desisyon sa yo pap afekte swen ke w dwe jwenn nan sant la.

Responsabilité chèchè yo

Mèm si w siyen fòm konsantman an, ou pa renonse ak okenn dwa ke w genyen. An plis, chèchè dwe toujou pran responsablite yo genyen devan lalwa ak reponsabilite pwofesyonèl yo si yon malè ta rive w ki gen rapò ak etid la.

Dedomajman

Lè antrevi ya fini, chèchè a sipoze reponn ak kesyon ke w ta genyen e li dwe remèt ou 100 goud ki reprezante yon ti frè transpò pou deplasman ou fè a. apre, lap pran yon lòt randevou avèk ou si nesesè.

Moun ou ta dwe kontakte si nesesè

Si w ken kesyon konsènen etid sa a, kontakte nous an pwoblèm. Ou ka jwenn nou nan adrès sa yo :

Chèchè prensipal la se: Ascencio Junior Maxi.

KISA M' DWE FE SI M' GEN KEKSYON OUBYEN PWOBLEM?

Pou keksyon ou gen sou etid la oubyen su pwoblèm ou rankontre, ou ka kontakte : Doktè Rose-Irène VERDIER, nan sant GHESKIO. Ou ka kontakte'l tou pou keksyon konsènan dwa w' kòm patisipan nan etid sa. Doktè Rose-Irène VERDIER, resposab veye ke dwa tout patisipan lan rechèch nan GHESKIO respekte. Ou kapab kontakte Doktè Alix LASSEGUE, ki se prezidan komite detik Sant GHESKIO.

Si ou ta gen plent pou pote ki gen rapò ak patisipasyon w nan etid la, ou ka kontakte ombudsman inivèsite Montreal.

AKÒ ADOLESAN POU PATISIPE NAN ETID LA

☐ Mwen konprann enfòmasyon konsènan fòm konsantman. Mwen aksepte patisipe nan etid la. Pou tout kesyon mwen te genyen yo, tout te reponn e mwen satisfè.

☐ Mwen konprann ke mwen lib pou m fà pati etid la. Mwen konprann tou ke desiyon pou m patisipe ou pa patisipe nan etid la pap afekte kalite swen mwen dwe jwenn nan sant la.

☐ Li klè ke menm si m siyen fòm konsantman an, mwen pa renonse ditou ak dwen ke mwen genyen.

☐ Mwen aksepte patisipe nan antrevi ya epi tou mwen aksepte pou vwa m anregistre

☐ Wi ☐ non

☐ Mwen bay chèchè a dwa pou li gade nan dosye medikal mwen pou li jwen plis enfòmasyon ki konsène m.

☐ Wi ☐ non

Prenon/non (patisipan) : _____ Dat : _____

Akò Adolèsan an (siyati) : _____

Deskripsyon etid la te fèt pou patisipan an, menm jan pou fason pou yon moun patisipe. Chèchè a reponn ak tout kesyon yo. Chèchè ya ak asistan chèchè ya pran angagman pou repekte tout sa ki ekri nan fòm konsantman an.

Prenon/non (chèchè prensipal): _____ Siyati :

Dat : _____

Prenon/non (asistan chèchè): _____ Siyati :

Dat : _____

KONSANTMAN PARAN

☐ Mwen konprann enfòmasyon konsènan fòm konsantman. Mwen aksepte patisipe nan etid la. Pou tout kesyon mwen te genyen yo, tout te reponn e mwen satisfè.

☐ Mwen konprann ke mwen lib pou m fà pati etid la. Mwen konprann tou ke desisyon pou m patisipe ou pa patisipe nan etid la pap afekte kalite swen mwen dwe jwenn nan sant la.

☐ Li klè ke menm si m siyen fòm konsantman an, mwen pa renonse ditou ak dwen ke mwen genyen.

☐ Mwen aksepte patisipe nan antrevi ya epi tou mwen aksepte pou vwa m anregistre

☐ Wi ☐ non

☐ Mwen bay chèchè a dwa pou li gade nan dosye medikal mwen pou li jwen plis enfòmasyon ki konsène m.

☐ Wi ☐ non

Prenon/non (patisipan) : _____ Dat : _____

Akò Adolesan an (siyati) : _____

Deskripsyon etid la te fèt pou patisipan an, menm jan pou fason pou yon moun patisipe. Chèchè a reponn ak tout kesyon yo. Chèchè ya ak asistan chèchè ya pran angagmen pou repekte tout sa ki ekri nan fòm konsantman an.

Prenon/non (chèchè prensipal): _____ Siyati : _____

Dat : _____

Prenon/non (asistan chèchè): _____ Siyati : _____

Dat : _____

INVITATION DE PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

VERSION FRANÇAISE

Je mène actuellement une recherche dans le cadre de mes études de doctorat en Sciences humaines appliquées, je vous invite à participer à cette étude ayant pour titre :

Titre de l'étude : Sexualité et parentalité parmi les adolescentes et adolescents infectés au VIH par voie sexuelle et par transmission verticale à Haïti: quelles normes, quelles valeurs et quelles pratiques?

L'étude se déroule sous la direction de la Docteure Sylvie Fortin, anthropologue, professeure au département d'anthropologie de l'université de Montréal et sous la direction adjointe de la Docteure Violaine Lemay, juriste, professeure à la faculté de droit de l'Université de Montréal. L'étude commence en janvier 2014 après l'approbation des comités d'éthique de la recherche.

Cette invitation de participation s'adresse à qui?

L'invitation s'adresse aux adolescents des deux sexes âgés de 15 à 20 ans fréquentant la clinique pour adolescent des centres Gheskio. Votre participation peut aider à mieux comprendre le vécu des adolescents. Elle permettra dans le futur de pouvoir intervenir de façon plus efficace.

Votre participation consiste en quoi ?

Elle consiste à participer à une entrevue semi-directive d'une durée de 75 minutes environ. Entrevue au cours de laquelle on abordera des thèmes relatifs à vos relations avec la famille, avec vos amis, avec les professionnels de la santé et avec un partenaire amoureux et sexuel.

À qui dois-je me référer si je veux participer ?

Pour notifier votre désir de participer, vous n'avez qu'à contacter l'infirmière de la clinique pour adolescents ou la travailleuse sociale.

Ascencio Junior Maxi, doctorant en Sciences humaines appliquées. Phone : 3446 1478.

Informations et consentement

Titre de l'étude : Sexualité et parentalité parmi les adolescentes et adolescents infectés au VIH par voie sexuelle et par transmission verticale à Haïti: quelles normes, quelles valeurs et quelles pratiques?

Chercheur principal : Ascencio Junior Maxi, Doctorant en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal

Directrice de la recherche : Sylvie Fortin, PH.D., Université de Montréal

Co-directrice de la recherche : Violaine Lemay, PH.D., Université de Montréal

Bonjour,

Ce formulaire de consentement fait partie de la démarche normale assurant un consentement libre et éclairé. Les informations contenues dans cette lettre vous permettront d'avoir une idée globale du projet de recherche et de savoir ce qu'implique votre participation. À tout moment, si vous désirez avoir plus de détails concernant ce qui suit, n'hésitez pas à nous le demander. Prenez le temps de bien lire et comprendre ces explications.

Introduction

Votre avez été informé que vous étiez infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous menons un projet de recherche portant sur la sexualité et le désir de parentalité auprès des adolescents.

L'objectif de cette recherche vise à mieux comprendre l'influence de l'environnement social (famille, pairs et professionnels de la santé) d'une part sur les dispositions et pratiques sexuelles des adolescents et d'autre part sur le désir de parentalité de ces jeunes.

Qu'est-ce que cette étude implique

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de nous rencontrer pour une entrevue. Elle durera environ 75 minutes et sera enregistrée sur un appareil audio. La durée des entrevues peut toutefois variées selon les répondants. Avec votre approbation, celle-ci sera enregistrée pour s'assurer de l'exactitude des propos rapportés lors de la rédaction de l'entrevue. Nous vous poserons alors des questions portant sur votre expérience de tous les jours. Il est possible que nous ayons à vous revoir, dans un deuxième temps, afin de valider l'entrevue. Nous vous contacterons par téléphone d'ici quelque mois pour fixer ce deuxième

rendez-vous, s'il y a lieu. Finalement, nous vous demandons l'autorisation de consulter votre dossier médical afin de compléter les données cliniques et sociodémographiques.

Bénéfices et risques

Les informations obtenues par cette étude permettront de mieux connaître les besoins des adolescents infectés par le VIH. Ainsi, les données recueillies serviront de guide pour formuler des recommandations de manières à offrir aux adolescents des interventions éducatives et préventions qui correspondent mieux aux réalités qu'ils vivent.

Un des inconvénients associé à cette étude est le temps requis pour votre participation, cette étude ne comporte aucun risque physique cependant, certains risques psychologiques peuvent être liés à une entrevue sur le vécu avec l'infection par le VIH. Sachez qu'un support psychologique (psychologue, travailleurs sociaux) est disponible au besoin.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies durant cette étude demeureront confidentielles. Ces renseignements ne feront pas partie de votre dossier médical. Vous aurez un dossier parallèle de recherche qui sera conservé sous clef et consulté uniquement par le chercheur principal. Un code de recherche personnel vous sera attribué. Ce code sera la seule information permettant d'identifier les différentes données obtenues durant cette étude. Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique puisse avoir accès aux données de recherche.

Les résultats de cette étude pourront être publiés mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée. Finalement les données seront conservées pendant un certain temps, puis détruites.

Liberté de participation

Trente adolescents infectés par le VIH seront sollicités pour participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire, et si vous refusiez de participer, cette décision ne modifiera en rien les soins médicaux et traitements que vous pourriez recevoir. Si vous choisissiez de participer à cette étude, vous pourriez en tout temps modifier votre décision et vous retirer de l'étude. Encore là ceci n'affectera en rien les soins que vous pourriez recevoir.

Responsabilités des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Dédommagement

À la fin de l'entrevue, le professionnel de recherche acceptera de répondre à vos questions et il vous remettra un montant de 100 gourdes qui compensera en partie les frais encourus par votre participation. Il prendra aussi un prochain rendez – vous avec vous.

Personnes-ressources.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à nous contacter.

Pour tout renseignement sur vos droits à titre de participant à cette étude. Vous pouvez contacter le Dr. Rose Irène Verdier.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal.

Consentement et assentiment

☐ Je comprends clairement l'information concernant ce consentement et j'accepte de participer à cette étude. Toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction.

☐ Je comprends que je suis entièrement libre de faire partie de cette étude. Je comprends également que ma décision de participer ou de ne pas participer à cette étude n'affectera pas la qualité des soins que je pourrais recevoir.

☐ Il est entendu qu'en signant ce formulaire, je ne renonce nullement à mes droits légitimes.

☐ J'accepte de participer à l'entretien et que mes propos soient enregistrés

◇ Oui ◇ non

☐ J'autorise le chercheur à consulter mon dossier médical pour obtenir les informations pertinentes à ce projet.

◇ Oui ◇ non

NOM (du participant) : _____ Date : _____

Assentiment du participant (signature) : _____

NOM (du parent ou du tuteur) : _____

Consentement du parent ou du tuteur (signature) : _____

Date : _____

Le projet de recherche a été décrit au participant, ainsi que les modalités de la participation. Le chercheur a répondu aux questions. Le chercheur et l'assistant-chercheur s'engagent à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

NOM (du chercheur): _____ Signature : _____

Date : _____

NOM (assistant chercheur) : _____

Signature : _____

Date : _____

Annexe III

Fiche signalétique et guide d'entretien

FICHE SIGNALÉTIQUE

Code _____

Date _____

Date de naissance _____

Sexe : M _____ F _____

Âge : _____

Lieu de naissance : _____ Tel : _____

Adresse : _____

À quel âge avez- vous été mis au courant de votre statut VIH : _____

Êtes-vous actuellement sous traitement antirétroviral : oui _____ non _____

Si oui, depuis quelle année? _____

Niveau d'éducation :

Aucun niveau _____ Primaire _____ Secondaire _____ Universitaire _____ Professionnel _____

Situation familiale :

Avec qui vivez-vous à la maison ? Les deux parents _____ Père seulement _____ Mère
seulement _____

Tuteur _____ Autre _____ (préciser) _____

Profession des parents (s'ils sont vivants) : 1 _____

2 _____

État Civil des parents : Marié(e) _____ Placé (e) _____ Veuf (ve) _____ Séparé(e) _____

Divorcé(e) _____

Remarques de l'interviewer:

GUIDE D'ENTRETIEN

Ce guide d'entretien semi-dirigé est conçu à partir de notre question de recherche et en référence aux thèmes de nos objectifs de recherche. Les questions soulevées sont formulées afin de faciliter l'entretien. Cependant, d'autres questions peuvent être amenées à partir des réponses fournies par l'interviewé afin d'éclairer certains aspects lors de l'entrevue.

Thème : MESSAGES VÉHICULÉS AUTOUR DE L'AMOUR ET DE LA SEXUALITÉ AU SEIN DE LA FAMILLE

J'aimerais qu'on se parle un peu de votre famille

Questions :

- Pouvez-vous me décrire avec le plus de détail possible vos rapports avec vos parents?
- Dans votre famille, comment abordez-vous le sujet relatif au VIH ?
- Qu'est-ce que vos parents vous disent au sujet de l'amour et de la sexualité ?
- Qu'est-ce que vous reprenez des messages véhiculés par vos parents au sujet de l'amour et de la sexualité ?

Thème : MESSAGES VÉHICULÉS AUTOUR DE L'AMOUR ET DE LA SEXUALITÉ PAR LES AMIS

J'aimerais qu'on se parle un peu de vos amis

Questions :

- Comment ça se passe actuellement avec vos amis ?
- De quoi parlez-vous avec vos amis ?
- Comment abordez-vous les sujets relatifs à l'amour et la sexualité dans vos conversations?
- Qu'est-ce que vos amis vous ont appris au sujet de l'amour et de la sexualité ?

Thème : MESSAGES VÉHICULÉS AUTOUR DE L'AMOUR ET DE LA SEXUALITÉ PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

J'aimerais qu'on se parle un peu des professionnels de la santé (infirmière, médecin, auxiliaire infirmière, travailleur social, psychologue, pairs éducateurs

Questions :

- Comment ça se passe actuellement avec les professionnels de la santé?
- De quoi parle-t-on à la clinique lors des sessions?
- Quels sont les messages que tu as retenus de ce qu'ils t'ont dit au sujet de l'amour et de la sexualité?

Thème : PARTIQUES AMOUREUSES SEXUELLES À L'ADOLESCENCE

Vous m'avez parlé de votre lien avec la famille, les amis et les professionnels de la santé. Maintenant, j'aimerais que vous me parliez un peu de votre vie amoureuse et sexuelle.

Questions :

- Pouvez-vous me décrire avec le plus de détail possible vos expériences amoureuses et sexuelles ?
- Pouvez-vous me parlez de votre première relation sexuelle ?
- Pouvez-vous me parlez de votre dernière relation sexuelle ?

Thème : PERSPECTIVES DES JEUNES QUANT À LA PARENTALITÉ

J'aimerais que vous me parliez maintenant sur la parentalité

Questions :

- Avez-vous déjà été enceinte ou contribué à mettre une partenaire enceinte?
- Qu'est-ce que cela représente pour vous actuellement être mère ou père?
- Quel sens donnez-vous au rôle de mère ou de père ?
- Comment vous protégez-vous contre la grossesse ou éviter de mettre une fille en grossesse ?